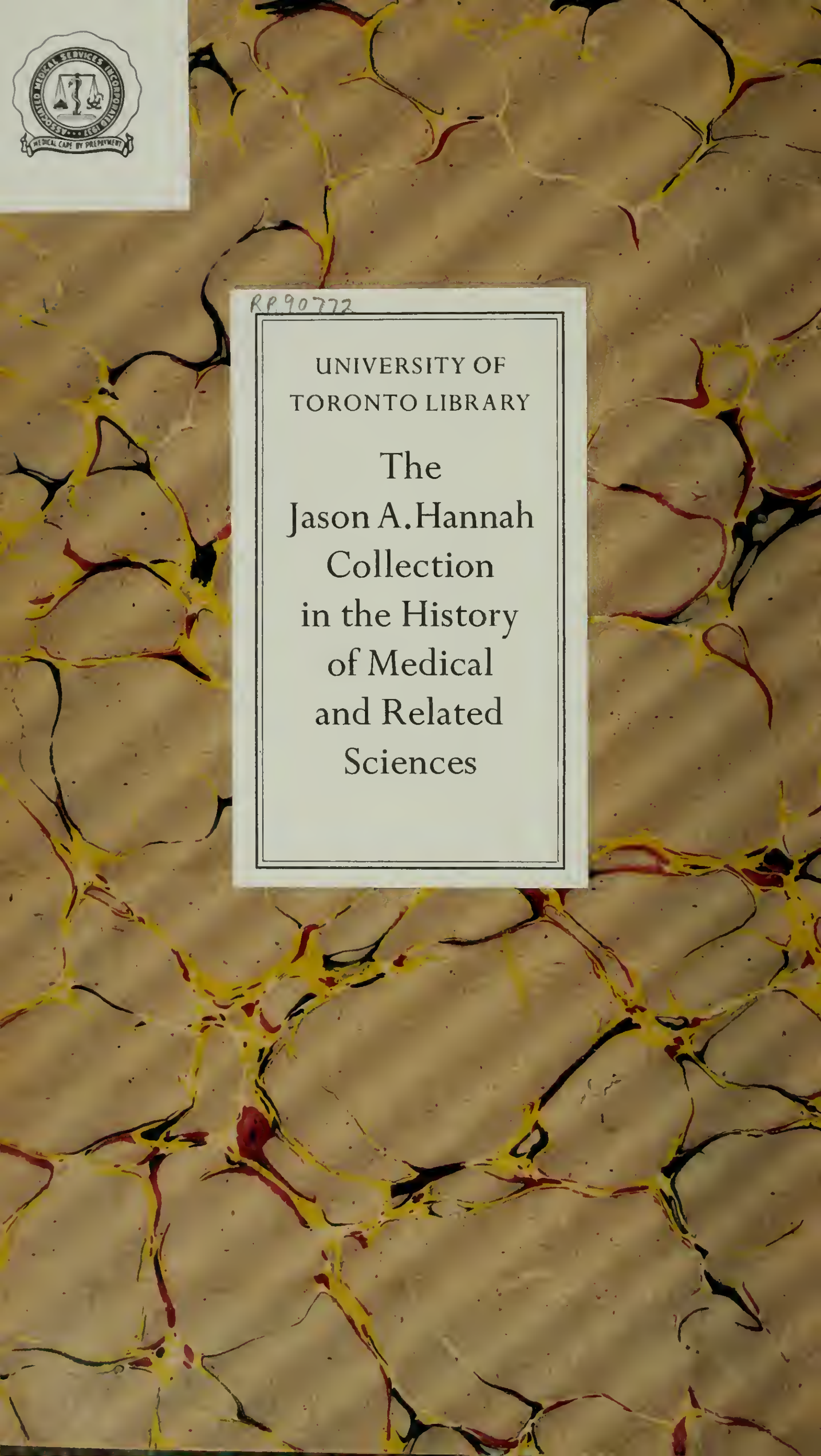
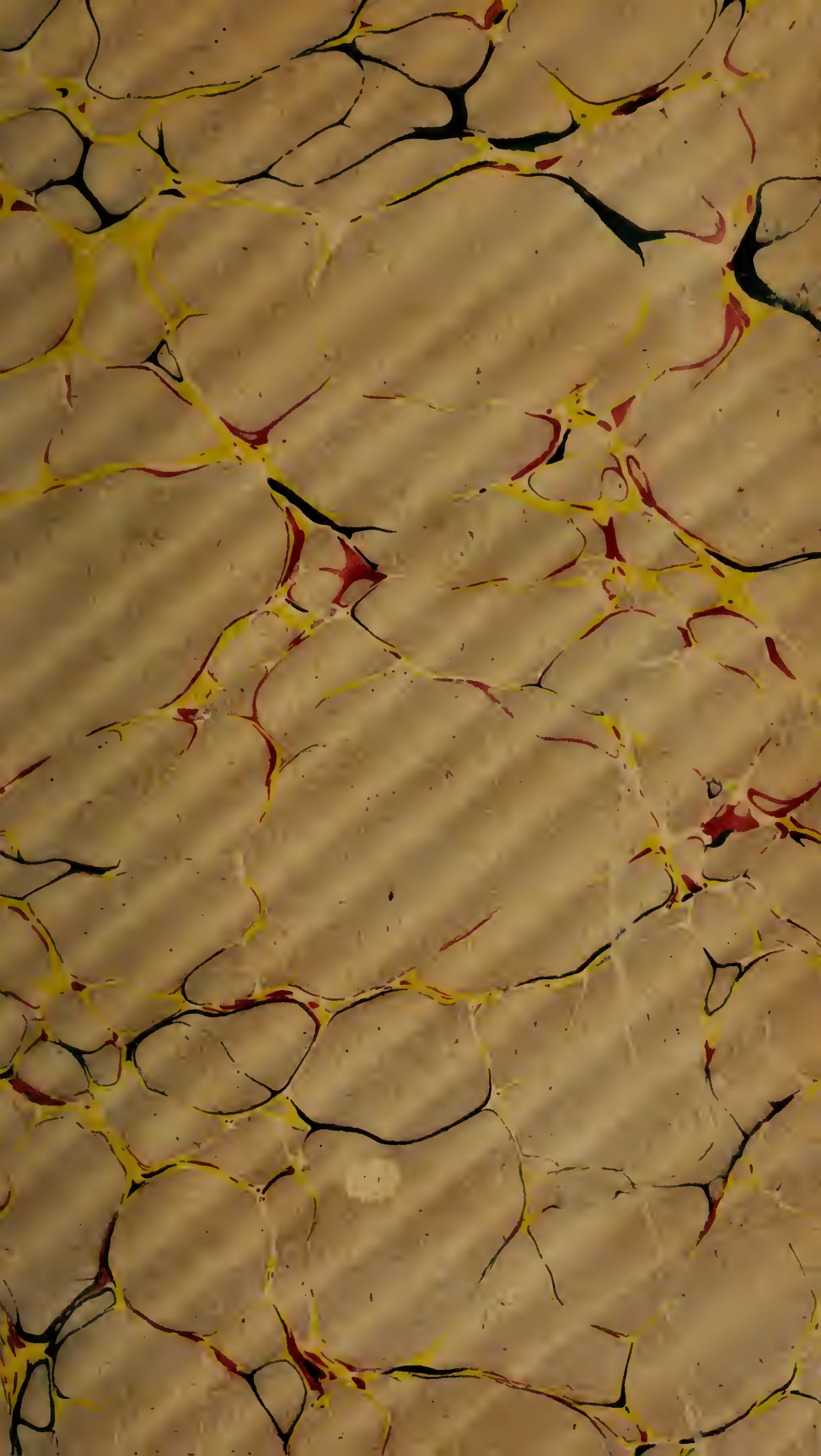



ASSOCIATED MEDICAL SERVICES INCORPORATED 1937
MEDICAL CARE BY PREPAYMENT
RB 90772
UNIVERSITY OF
TORONTO LIBRARY
The
Jason A. Hannah
Collection
in the History
of Medical
and Related
Sciences



MANUEL PRATIQUE

D'OPÉRATIONS

GYNÉCOLOGIQUES



MANUEL PRATIQUE

D'OPÉRATIONS

GYNÉCOLOGIQUES

PAR

LE Dr VORONOFF

PRÉCÉDÉ D'UNE PRÉFACE

DU

Dr A. RICARD
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Avec 160 figures dans le texte.

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1899

PRÉFACE

Écrire un livre de technique gynécologique est peut-être à l'heure actuelle faire œuvre téméraire, car les traités ne manquent guère. Il en est de grands et d'imposants; il en est de plus modestes et de lecture facile. Mais les premiers, volumineux et très savants, sont livres de bibliothèque, contenant toute l'histoire d'une maladie depuis l'étiologie jusqu'à son traitement; les autres, parfois aussi volumineux, ont eu la prétention de schématiser et de simplifier la pathologie féminine. Cette gynécologie, à l'usage des ignorants, presque écrite pour les gens du monde, n'est qu'un pâle reflet de la réalité.

Le livre que M. Voronoff offre au public médical n'a ni les allures ni la prétention d'un traité didactique. C'est un livre d'un caractère tout particulier, écrit par un praticien pour les praticiens. Quelques années de pratique gynécologique au Caire ont montré à M. Voronoff les difficultés qui assaillent le

médecin le plus instruit, au début et au cours de sa pratique.

Sans doute, rien ne vaut la leçon de choses, vécue à l'hôpital, au lit du malade. Mais quel est le médecin qui a tout vu? Bien des cas lui ont échappé au cours de ses études même les plus longues et les plus suivies, et c'est aux livres qu'il faudra toujours avoir recours pour rafraîchir une mémoire défaillante, pour préciser un détail qui se perd dans de vagues souvenirs ou une opération nouvelle qu'on n'a jamais eu l'occasion de voir exécuter.

Or, dans les livres actuels, bien des chapitres sont trop théoriquement, je dirai même trop savamment exposés. Le praticien se perd un peu dans ces descriptions faites par des maîtres, volontiers négligents de maints détails minimes, mais cependant indispensables au praticien. Le gynécologue de profession néglige inconsciemment, dans ses écrits, nombre de minuties, de nulle valeur scientifique, c'est certain, et qu'il suppose connues parce que lui les connaît et, les exécutant chaque jour, les considère comme innées; mais ces petits riens manquent et font défaut à celui qui n'a qu'une pratique limitée de la chirurgie.

C'est cette lacune que M. Voronoff a voulu combler. Son livre est un livre de technique opératoire pure, avec une appréciation légère mais suffisante des procédés. M. Voronoff s'est attaché à ne pas quitter d'une minute l'acte opératoire en lui-même : il l'a

vécu pour ainsi dire. Il décrit non seulement la technique, mais le pansement, les soins consécutifs. L'opération faite, il étudie ses suites, la durée de la convalescence, et ne quitte la malade que lorsqu'elle est rétablie.

Félicitons également l'auteur d'avoir terminé son livre par un index instrumental, spécial à chaque opération. C'est pour le praticien un précieux aide-mémoire, qui peut lui éviter bien des déconvenues au moment d'une intervention.

A. Ricard.

AVANT-PROPOS

La grande innocuité que la méthode antiseptique assure à nos interventions les plus graves, a introduit certaines modifications dans les mœurs du corps médical. La chirurgie, dans un temps peu éloigné du nôtre, n'était exercée que par les chirurgiens de profession, par les maîtres qui consacraient leur vie à l'exercice exclusif de cet art.

Les qualités maîtresses de l'opérateur consistaient alors surtout dans la rapidité d'exécution et le tour de main ; elles seules pouvaient offrir quelque espoir de salut au malade dont la plaie était le plus souvent infectée par les mains du chirurgien et par tout ce qu'il mettait en contact avec elle.

Il fallait être d'autant plus expéditif que le malade, non anesthésié, était en proie à de vives souffrances et que les moyens primitifs d'hémostase dont on disposait n'étaient que d'un secours médiocre.

Ces circonstances, ajoutées aux résultats déplorables donnés par les opérations, même faites par les chirurgiens les plus habiles, n'encourageaient guère les médecins à empiéter sur le terrain de la chirurgie qu'ils tenaient, du reste, en médiocre estime.

Tout autre est la situation présente.

Les qualités personnelles de l'opérateur ne viennent plus qu'au second plan, elles sont remplacées aujourd'hui par la pratique rigoureuse de l'asepsie et de l'antisepsie.

La génération actuelle a plus de confiance dans une bonne étuve, un autoclave que dans l'habileté de l'opérateur. Ce que les plus hardis osaient à peine entreprendre, est aujourd'hui abordé par les plus timides, et la chirurgie, au lieu de rester dans le domaine de quelques spécialistes, est exercée par une notable partie du corps médical.

Nous nous bornons à constater cette évolution sans vouloir la discuter. Rappelons seulement à ce propos l'opinion de l'éminent chirurgien de Genève, M. Auguste Reverdin, qui dit avec raison que « perdre du temps c'est perdre du sang » et l'on en déduira que l'habileté de l'opérateur, la promptitude d'exécution resteront, néanmoins, des qualités précieuses dont dépendra souvent la vie du malade. Le chirurgien de profession jouira toujours aussi de l'avantage d'une longue expérience, ce qui lui permettra de vaincre les difficultés dans nombre de cas où un opérateur novice risque fort de se trouver embarrassé.

Ces considérations s'appliquent surtout aux interventions abdominales et aux opérations gynécologiques en général, qu'on n'enseigne pas dans les écoles de médecine, tandis qu'on exerce les élèves aux opérations sur les membres. Pourtant ce sont les femmes qui composent la grande majorité de notre clientèle, et c'est pour parer aux accidents dus aux affections de l'utérus et des annexes qu'on est le plus souvent obligé d'intervenir.

Certes, l'exemple des maîtres des hôpitaux répare en partie cette lacune de l'enseignement officiel, mais combien peu de personnes peuvent en tirer un réel profit?

La plupart ont naturellement recours, pour compléter et approfondir les notions reçues, aux traités spéciaux, et nous avons pensé faire œuvre utile en soumettant au public un manuel essentiellement pratique d'opérations gynécologiques.

Nous avons banni à dessein de notre ouvrage tout ce qui ne se rapporte pas directement à la technique opératoire, tout ce qui n'offre pas un intérêt immédiat pour le chirurgien.

Notre but est de guider le bistouri de l'opérateur, de lui enseigner les procédés les plus simples, les plus expéditifs, ceux qui sont généralement adoptés aujourd'hui aussi bien en France qu'à l'étranger, et dont nous avons pu apprécier la valeur au cours de notre pratique.

L'ordre alphabétique nous ayant paru le plus commode pour établir la classification des opérations, nous l'avons adopté dans ce manuel, qui se divise en trois parties :

La première indique brièvement les règles de l'antisepsie et de l'asepsie que le chirurgien doit invariablement suivre.

La seconde expose la technique de toutes les opérations gynécologiques.

La troisième, enfin, donne la nomenclature des instruments nécessaires à chaque opération ; elle est destinée à faciliter à l'opérateur ou à son aide la tâche ardue d'avoir à s'en rappeler chaque fois.

Nous ne voulons pas terminer cet avant-propos sans remercier vivement notre maître éminent, M. Ricard, dont l'enseignement nous a été si précieux durant l'année d'externat que nous avons fait dans son service. Nous lui gardons une reconnaissance profonde de sa grande bienveillance et du nouvel encouragement qu'il veut bien nous donner par sa préface.

MM. les professeurs A. Reverdin, Richelot, Pozzi, Segond, Auvard, Chalot et M. Baudron, nous ont obli-

geamment prêté quelques figures. Nous leur en témoignons toute notre gratitude.

Enfin nous tenons à remercier M. Jules Arnulf, l'auteur délicat du roman « Chair inquiète », de ses conseils littéraires.

TABLE DES MATIÈRES

b.

INDEX DES OPÉRATIONS SE RAPPORTANT A CHAQUE MALADIE

Annexes de l'utérus.

MANUEL PRATIQUE
D'OPÉRATIONS
GYNÉCOLOGIQUES

NOTIONS GÉNÉRALES

ANTISEPSIE ET ASEPSIE CHIRURGICALES

La nécessité, pour tout opérateur, d'être rigoureusement antiseptique est devenue une notion élémentaire, et Dauzel, de Hambourg, a pu dire sans trop d'exagération que celui qui ne pratique pas la méthode antiseptique n'est pas un honnête homme. Mais si l'antisepsie est notre sauvegarde, il faut néanmoins savoir s'en servir avec une juste mesure et ne pas tomber dans l'exagération. L'abus de l'acide phénique, du sublimé, de l'iodoforme, etc., a causé des catastrophes d'autant plus déplorables qu'elles ont failli discréditer la méthode actuelle de Lister, qui n'a rien à voir avec ces débordements antiseptiques.

Pour rester dans cette juste mesure, nous nous élevons aussi contre les prétentions vraiment excessives de quelques chirurgiens qui réclament des salles spéciales d'opération pour toutes les catégories de malades, qui exigent des installations luxueuses, parfaitement inutiles, et qui s'entourent de précautions compliquées au point de faire croire que la pratique de la chirurgie n'est accessible qu'à de rares privilégiés.

Aug. Reverdin a mille fois raison lorsqu'il dit : « Gardons-nous de ces écarts, faisons le nécessaire, mais ne discréditons pas la plus belle des conquêtes chirurgicales en la rendant irréalisable à force de complications. »

Il serait pourtant juste d'ajouter que si les uns pèchent par excès de zèle, les autres sont loin de se conformer aux strictes et indispensables exigences de l'antisepsie. Tous en parlent, mais tous, en réalité, ne savent pas la pratiquer. Nous avons vu des chirurgiens répandre des flots d'encre pour la défendre et commettre malgré cela, au cours des interventions, des fautes impardonnables contre elle.

Nous croyons donc utile, avant de décrire la technique de chaque opération, de donner un bref exposé des règles de l'antisepsie et de l'asepsie, règles sévères, mais dépouillées de toute exagération.

Salle d'opération. — Une salle d'opération doit être simple. Sa forme est assez indifférente, pourvu qu'elle soit spacieuse, facile à aérer et bien éclairée. Le jour doit venir d'un seul côté et de préférence d'en haut, pour que le champ opératoire soit le point particulièrement éclairé. Si la situation du local ne permet pas cette disposition, on éclairera la salle par une large baie donnant au nord.

Une opération d'urgence pouvant se présenter la nuit, il est indispensable d'avoir un éclairage artificiel convenablement disposé au-dessus de la table d'opération. Une lampe à gaz munie d'un réflecteur mobile peut suffire ; l'électricité est préférable. Cette dernière n'échauffe pas la tête de l'opérateur ; elle est surtout précieuse parce qu'elle permet d'avoir des lampes mobiles très utiles pour éclairer des cavités très profondes au cours de certaines opérations (hystérectomie, etc.).

Les murs seront peints à l'huile pour être facilement lavés. Quelques chirurgiens veulent absolument que les

angles de la pièce soient arrondis, afin que la poussière ne s'y accumule pas. Il n'y a évidemment aucun inconvénient à cela, mais, à la vérité, les angles aigus ne sont pas un obstacle au parfait nettoyage.

Le sol, qui doit être également d'un nettoyage facile, sera dallé ou recouvert d'un linoléum.

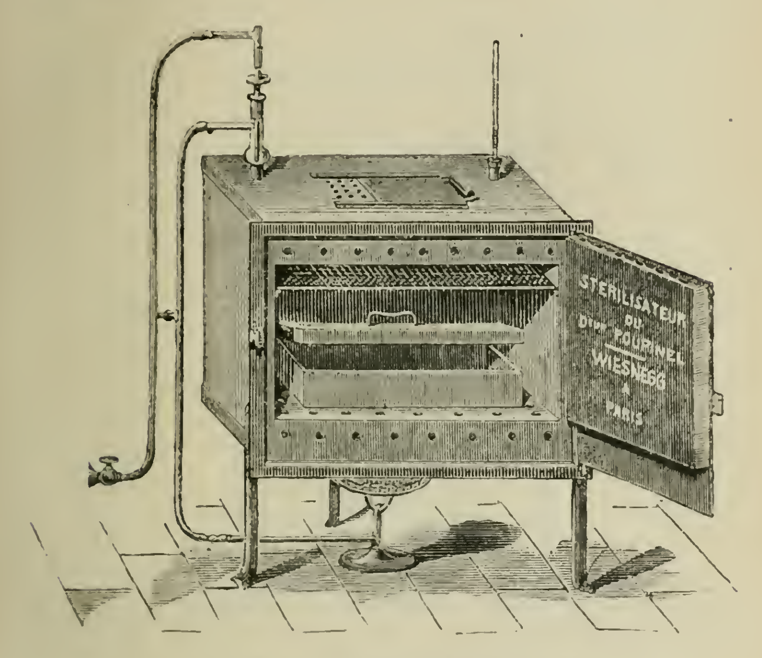


Fig. 1. — Etuve de Poupinel.

Il présentera une déclivité assez marquée pour permettre l'écoulement facile des liquides.

Le chauffage sera assuré au moyen de tuyaux dans lesquels circule de l'eau chaude. On peut ainsi obtenir une température constante de 22 à 25 degrés, indispensable pour les opérations de longue durée, et particulièrement pour les laparotomies.

Les cheminées ont l'inconvénient de provoquer des

courants d'air qui soulèvent la poussière. A défaut de chauffage par l'eau chaude, on emploiera des poêles de faïence.

L'aménagement de la salle d'opération doit être très

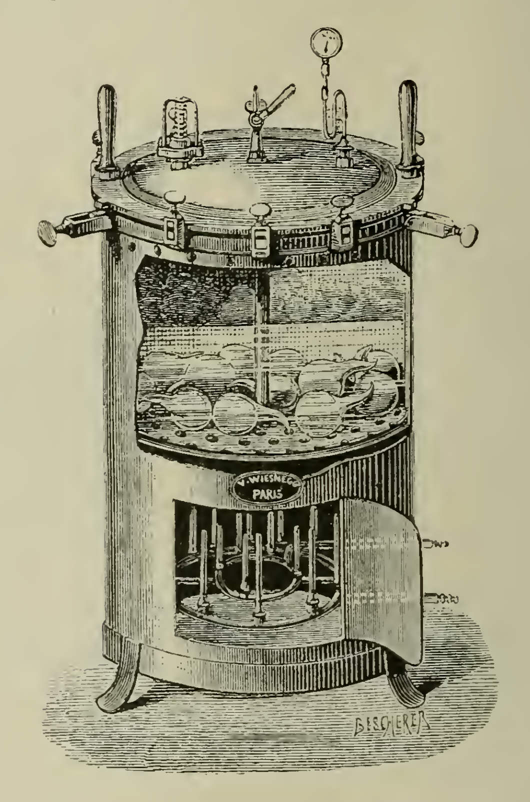


Fig. 2. — Autoclave de Chamberland.

sommaire. Le long des murs seront disposées deux ou trois tables, ou tablettes, de préférence en verre, pour supporter les divers objets : boîte à pansement, bocaux de liquides antiseptiques, le thermocautère, l'aspirateur de Potin ou de Dieulafoy, les flacons d'alcool, etc., etc.

Un large lavabo, servant par deux robinets de l'eau

bouillie chaude et de l'eau bouillie froide, sera installé dans un endroit quelconque. Terrillon se contente d'une simple cuvette et du pot à eau classique, reprochant aux robinets d'être souvent souillés par les mains qui ont touché le pus. Nous ne sommes pas éloigné de penser que sa remarque est juste, mais nous tenons néanmoins aux tuyaux parce qu'ils amènent l'eau directement et en abondance, et qu'ils facilitent la tâche des aides astreints à une toilette longue et soignée.

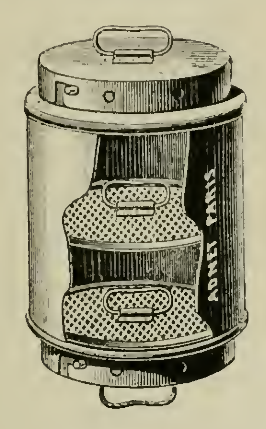


Fig. 3. — Boîte métallique de l'autoclave.

Dans un coin de la salle, on aura un réchaud à gaz pour l'ébullition des instruments. Une étuve de Poupinel pour stériliser les instruments et le catgut (fig. 1) ; un autoclave (celui de Chamberland est le plus répandu) pour la stérilisation de tous les objets de pansement, des fils de soie et d'argent, des crins de Florence, des tabliers, des blouses, des serviettes, etc., pourront être mis dans la même salle si on ne dispose pas d'une pièce à côté (fig. 2 et 3). Enfin l'aménagement sera complété par une table d'opération, une table roulante pour les instruments et deux ou trois tabourets légers (fig. 4).

La salle d'opération ne doit jamais être balayée, ni époussetée, mais lavée avec des linges mouillés.

La table d'opération doit réunir deux qualités : solidité et facilité de nettoyage. Elle sera étroite (45 à 50 centi-

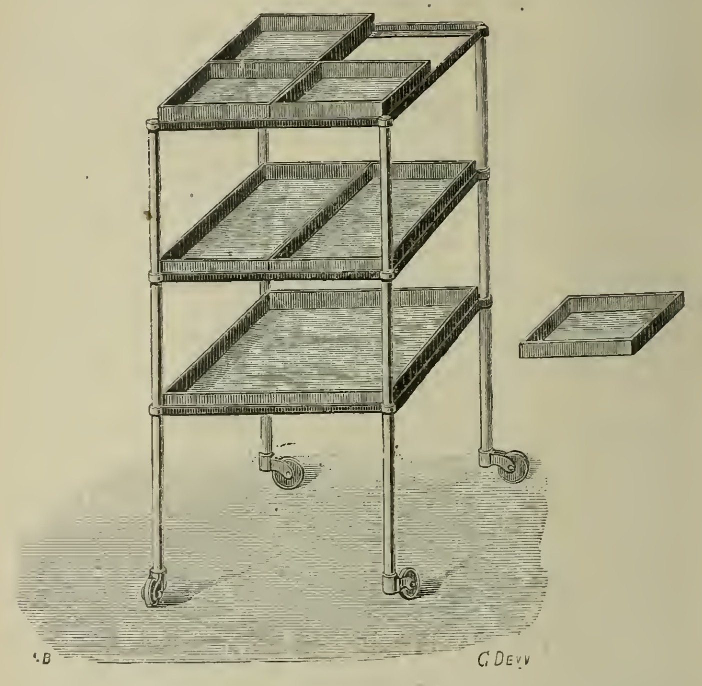


Fig. 4 et 5. — Table étagère pour instruments. Un plateau détaché.

mètres), assez basse (80 à 85 centimètres) et munie d'un plan incliné. Une simple table en bois peut servir pourvu qu'elle soit couverte d'une toile imperméable, qu'on désinfecte minutieusement après chaque opération. Les tables en verre ou en métal de Reverdin, de Julliard, de Collin, etc., sont excellentes (fig. 6, 7, 8, 9 et 10).

En ville il sera largement suffisant d'avoir, pour les

interventions graves, une chambre blanchie à la chaux,

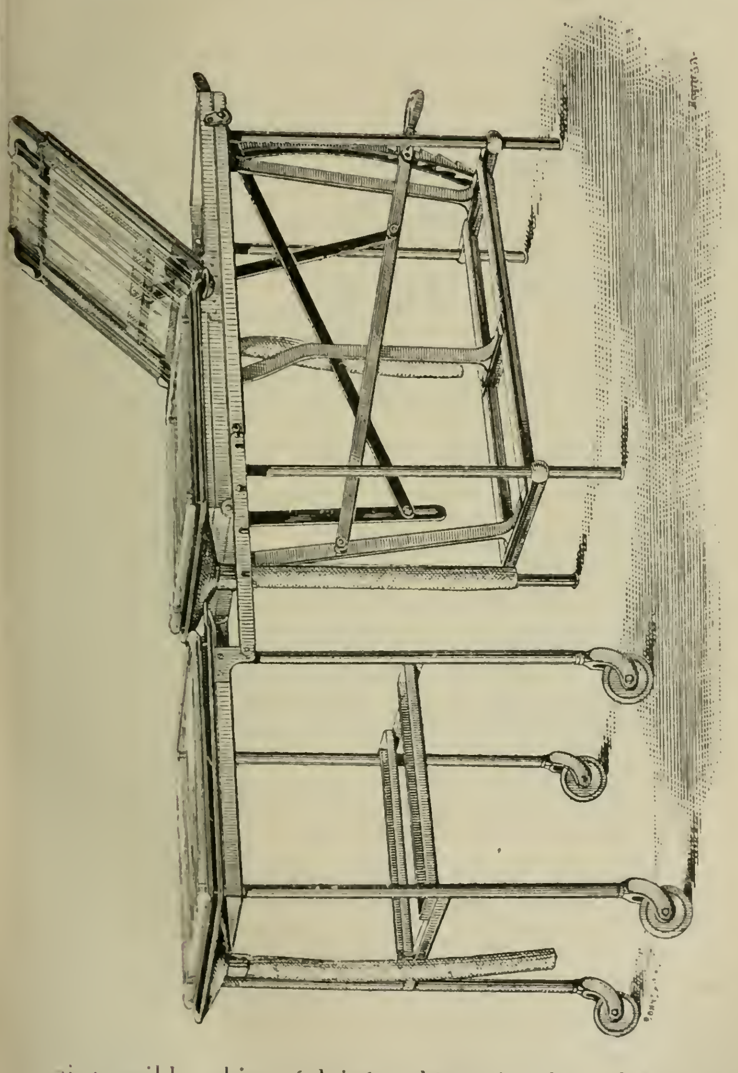


Fig. 6. — Table d'opération de A. Reverdin.

si possible, bien éclairée, dégarnie de rideaux et de meubles inutiles. On la désinfectera facilement à l'aide

du soufre allumé sur un réchaud au milieu de la pièce. Mehlhausen, en effet, a démontré qu'en employant

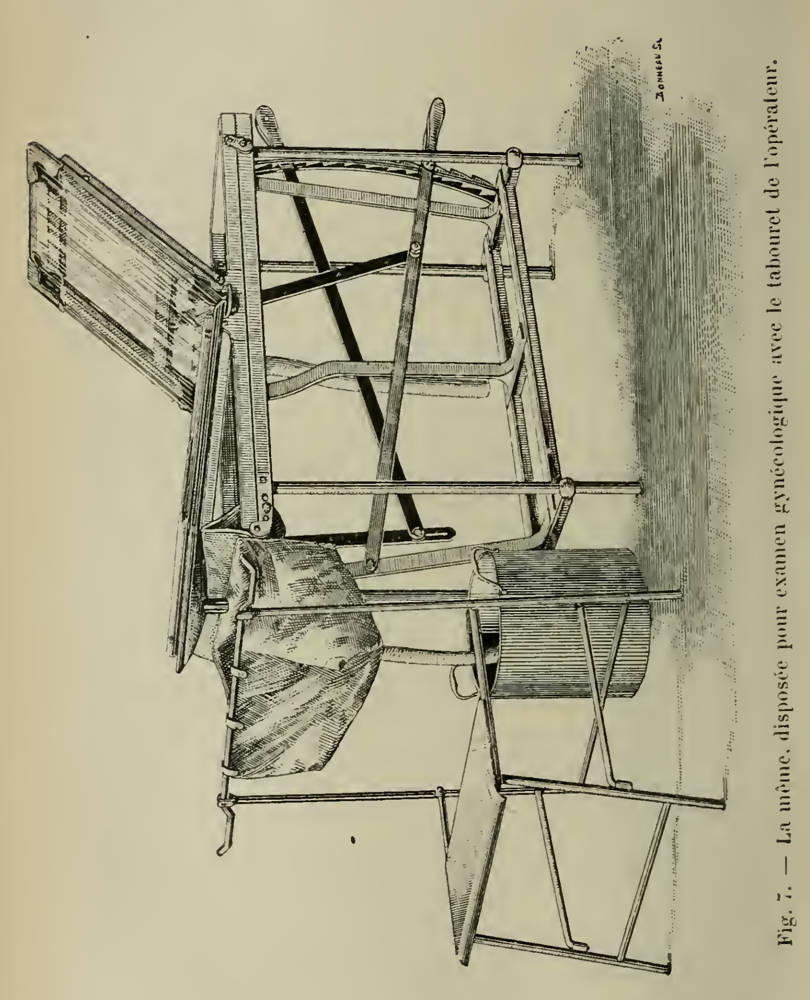


Fig. 7. — La même, disposée pour examen gynécologique avec le tabouret de l'opérateur.

20 grammes de soufre par mètre cube et en prolongeant la désinfection pendant seize heures, on voit mourir les bactéries contenues dans un verre de montre. Du reste,

on a beaucoup exagéré le rôle du milieu. L'air qu'on redoutait autrefois comme agent de contagion est loin de mériter cette réputation. Même les milieux, en apparence très insalubres, contiennent très peu d'agents d'infection des plaies, ce qui s'explique peut-être par ce fait que la plupart de ces microbes sont anaérobies. Lister lui-même

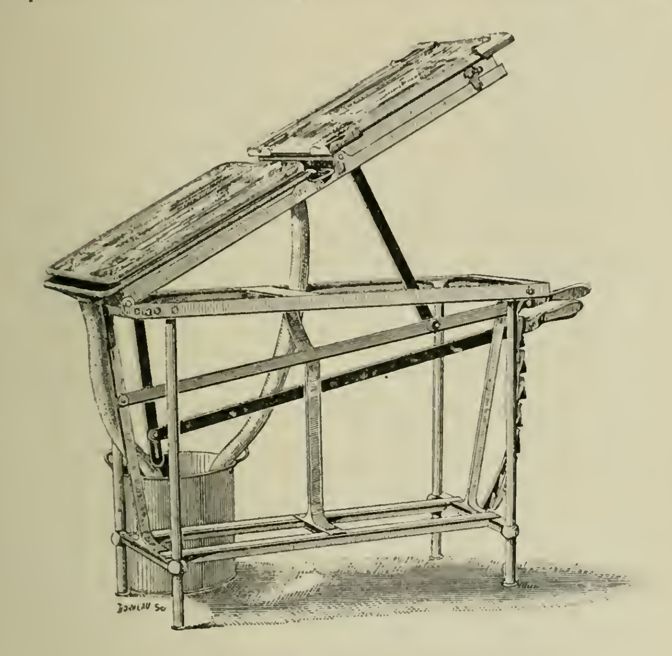


Fig. 8. — La même à plan incliné.

a déclaré, en 1890, au Congrès de Berlin, que « les chirurgiens sont indépendants de l'atmosphère et peuvent la considérer comme une quantité négligeable ».

Nous n'osons pas pourtant conseiller d'imiter l'exemple de Lucas-Championnière, de Boeckel, qui ne craignent point de pratiquer même les laparotomies dans des salles occupées antérieurement par des patients atteints de maladies contagieuses et infectieuses.

Il est pourtant à remarquer que, même dans ces conditions, grâce à une rigoureuse antisepsie pendant l'acte

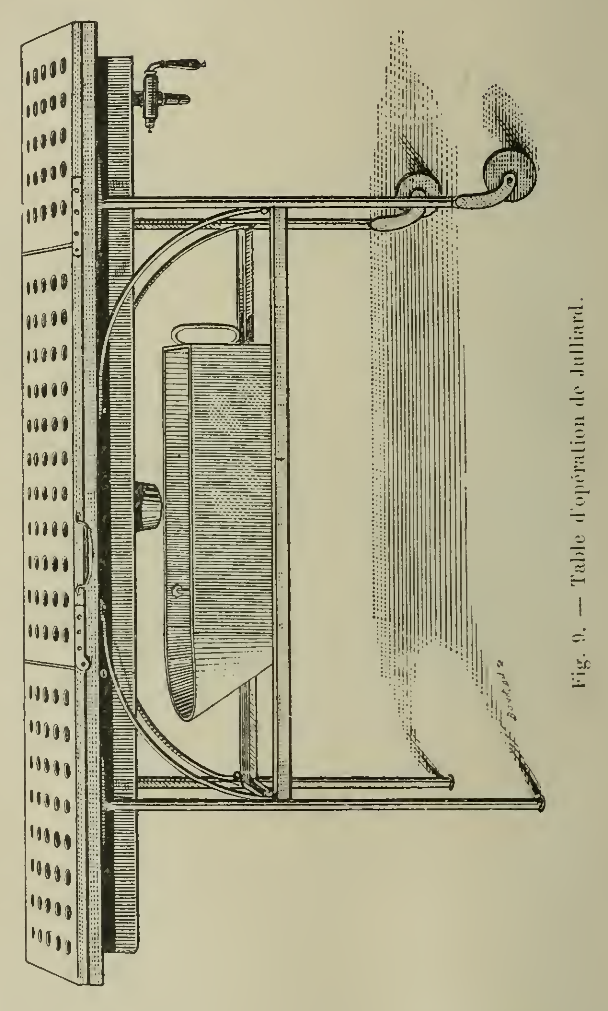


Fig. 9. — Table d'opération de Julliard.

opératoire, ces chirurgiens obtiennent des succès absolument remarquables. La vérité est que l'antisepsie parfaite au cours de l'intervention est le facteur le plus important

et peut-être même le seul qui assure l'innocuité de nos opérations les plus hardies.

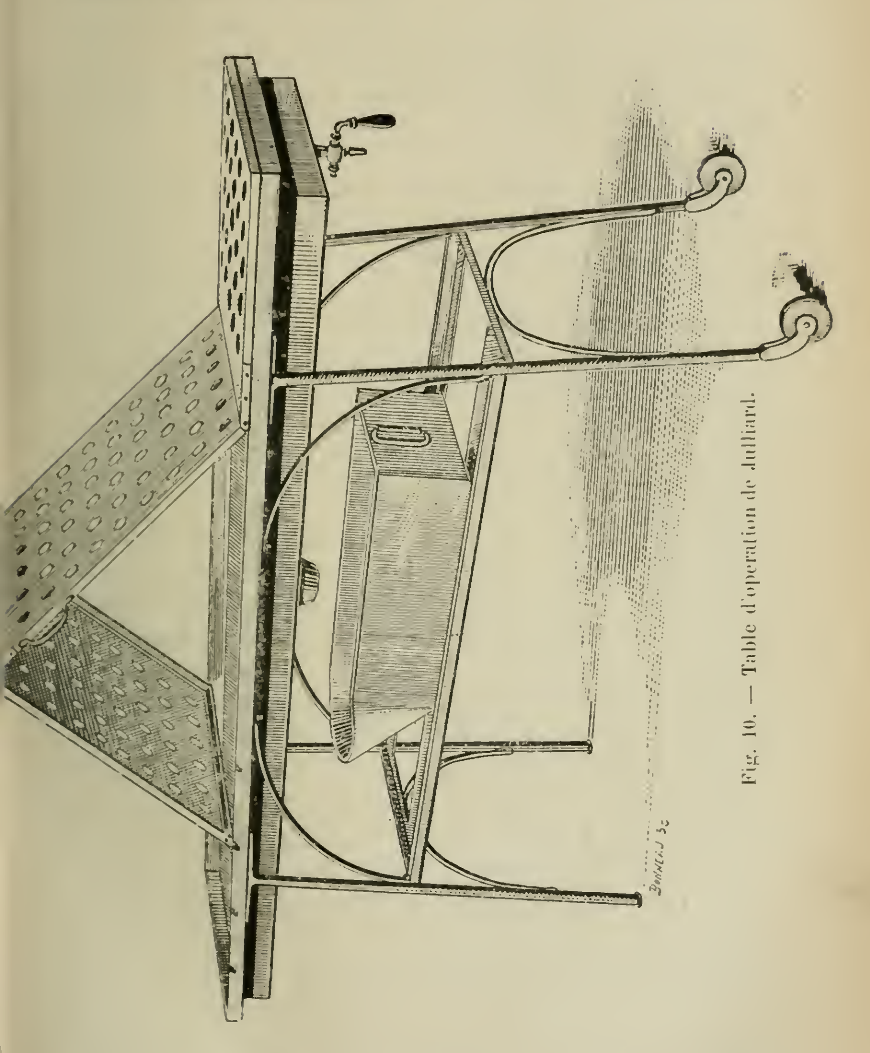


Fig. 10. — Table d'opération de Julliard.

Terrillon et Chaput n'exagèrent nullement lorsqu'ils déclarent que « quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, c'est

pendant l'opération que l'infection a lieu. Elle se fait surtout par les instruments, ensuite par les mains du chirurgien, en troisième lieu, par les éponges, soies ou drains, ou enfin par le malade lui-même ».

Examinons donc les moyens de combattre ces véritables causes d'infection.

Instruments. Leur désinfection. — Les instruments doivent être entièrement métalliques, solides, faciles à ouvrir, sans rainures ni dépressions. Afin de les préserver de la rouille, A. Reverdin conseille de placer dans la vitrine, où on les garde, un flacon muni d'un entonnoir de verre et rempli de cristaux de chlorure de calcium qui absorbent l'humidité de l'air.

Dans la pratique courante, la stérilisation des instruments par l'eau bouillante est parfaitement suffisante.

En ajoutant 1 gramme de carbonate de soude pour 100 grammes d'eau, on a l'avantage de dégraisser les instruments, d'éviter qu'ils ne se rouillent dans l'eau et d'élever le point d'ébullition à 104°. A cette température la plupart des germes nocifs sont détruits au bout d'une heure.

Ceux qui résistent ne sont point ceux des infections pyogènes. Néanmoins, le professeur Strauss ayant démontré que « la vapeur d'eau, sous pression à 110° ou à 115°, agissant pendant quinze à vingt minutes, détruit tout ce qui a vie », il est prudent, pour les laparotomies au moins, de placer les instruments à l'autoclave pendant vingt minutes. Beaucoup de chirurgiens préfèrent les mettre à l'étuve sèche, vu que l'autoclave rouille les instruments, même recouverts d'une forte couche de nickel. Mais en se servant de l'étuve, il est nécessaire de maintenir la température à 150 et même 200° au moins pendant une heure, pour être certain d'une désinfection parfaite.

Les instruments seront enlevés de l'étuve ou de l'autoclave immédiatement avant l'opération et seront placés dans une solution d'acide phénique à 3 p. 100. Le plateau qui doit les contenir, sera stérilisé par le flambage. Après chaque opération, on mettra les instruments dans l'eau additionnée de carbonate de soude pour être dégraissés, puis on les lavera à l'eau chaude, on les savonnera, brossera, et enfin on les essuiera soigneusement.

Pour désinfecter les bistouris et les aiguilles dont la chaleur abîme le tranchant ou la pointe, on se contentera à l'exemple de Championnière, de les frotter avec une compresse imbibée de chloroforme et de les plonger ensuite dans la solution d'acide phénique à 3 p. 100. Cette antisepsie est très suffisante.

En cas d'urgence, on peut remplacer tous ces moyens de désinfection que nous venons d'indiquer par le flambage des instruments. C'est un excellent mode de stérilisation qui n'a que l'inconvénient de détremper à la longue l'acier. On répand quelques grammes d'alcool dans une cuvette au fond de laquelle on a placé les instruments et on y met le feu. On les refroidit ensuite en versant dessus de la solution d'acide phénique à 3 p. 100.

C'est par le flambage qu'on désinfectera également les cuvettes devant contenir les liquides antiseptiques, les compresses, etc.

Fils. Leur désinfection. — Les *fils d'argent* sont actuellement peu employés (périnéorrhaphie, fistules, etc.) ; leur désinfection est facile ; ils supportent le même traitement que les instruments.

Les *crins de Florence* servent surtout pour les sutures superficielles de la peau. On les désinfecte par un séjour dans une solution de sublimé à 1 p. 100. Championnière,

pour leur donner de la souplesse, les place dans le liquide suivant :

Acide phénique.	50 gr.
Glycérine.	50 —
Eau bouillie	1 000 —

On peut également les conserver dans l'alcool après les avoir stérilisés à l'autoclave.

Le *catgut* est très précieux à cause de sa grande facilité de résorption. On l'emploie pour la ligature des vaisseaux, pour les sutures des plans profonds de la paroi abdominale, dans les opérations plastiques sur le col et le vagin.

Il ne supporte ni l'ébullition, ni l'autoclave. Pour le désinfecter et le rendre plus résistant, on a proposé divers procédés chimiques. Celui qui nous a donné les meilleurs résultats, à tous les points de vue, est le procédé de Mikulicz. On plonge le catgut pendant quarante-huit heures dans de la glycérine phéniquée à 10 p. 100, puis on le met, pour cinq heures, dans une solution d'acide chromique à 12 p. 100. On le conserve ensuite dans l'alcool absolu. Le catgut qu'on obtient ainsi est remarquablement tenace, et se résorbe très lentement, au bout de dix à quinze jours.

A. Reverdin et, à son exemple, plusieurs chirurgiens emploient le catgut non graissé qu'on stérilise par un séjour de quatre heures dans l'étuve sèche chauffée à 140°. La chose capitale, dit Reverdin, importante par-dessus tout, c'est de n'arriver à cette température que peu à peu afin que le catgut se déshydrate complètement.

La *soie* est employée pour les sutures de la peau, pour les ligatures des gros vaisseaux, des ligaments et surtout des pédicules volumineux, tels que : pédicules des ovaires, des kystes, moignons de l'utérus (hystérectomie abdominale supra-vaginale), etc.

Dans les opérations plastiques sur le vagin et le col

elle partage, avec le catgut et le crin de Florence, la faveur des chirurgiens. La soie supportant mal l'autoclave, beaucoup de chirurgiens se contentent de la stériliser dans le sublimé à 2 p. 1000 ou l'acide phénique à 5 p. 100 mis en ébullition pendant vingt minutes. On la conserve ensuite dans ce dernier liquide. Terrillon préfère, après avoir bouilli la soie pendant vingt minutes, la placer dans l'autoclave à 120 ou 125°.

Drains. Sondes. Leur désinfection. — Les substances les plus diverses ont été proposées pour la fabrication des drains : le caoutchouc (Chassaignac), le verre (Kœberlé, Keith), l'os décalcifié (Chiene et Neuber), l'argent, l'aluminium, le celluloïde.

Les deux premières sont seules en usage actuellement. Les drains les plus employés sont ceux en caoutchouc ; les drains en verre sont recommandés par quelques chirurgiens pour le drainage de la cavité péritonéale. Le meilleur caoutchouc est le rouge aussi bien pour les drains que pour les sondes et les cordons pleins qui servent de ligature élastique provisoire dans certaines hystérectomies abdominales. Pour éviter que les drains ne glissent, on les fixe, soit par un fil qui les traverse en même temps que les bords de la peau, soit par une épingle de sûreté qui repose sur la peau et au-dessous de laquelle on place un morceau de gaze antiseptique. Le drainage du cul-de-sac de Douglas est fait à l'aide d'un simple ou d'un double drain en croix.

La désinfection des drains, des sondes, des liens en caoutchouc rouge est obtenue de la manière suivante : on les plonge d'abord dans la solution concentrée chaude de permanganate de potasse pour oxyder le soufre en excès que contient le caoutchouc, puis dans le bisulfite de soude pour être décolorés. Ensuite ils sont brossés et bouillis dans l'eau distillée et enfin passés dans une solution phé-

niquée à 5 p. 100 ou sublimé à 1 p. 100. On les conserve dans des tubes ou bocaux en verre remplis d'eau naphtolée.

Ces divers traitements les abîment au bout d'un certain temps, mais on en est quitte pour les remplacer, la dépense étant minime. Ils supportent l'autoclave.

Compresses, compresses-éponges, tampons. — Les compresses qui servent à entourer le champ opératoire sont désinfectées par le passage dans le permanganate de potasse, puis dans le bisulfite de soude. Après lavage, elles sont conservées dans la solution d'acide phénique à 5 p. 100. On les autoclave avant l'opération.

Les éponges qu'on employait au cours des opérations sont délaissées actuellement. Elles sont difficilement désinfectées, supportent mal l'ébullition et l'autoclave et coûtent cher. On les remplace par les compresses faites avec de la gaze hydrophile. Elles doivent être pliées six ou huit fois pour offrir une certaine épaisseur. On les prépare ordinairement de deux grandeurs, de 12 et de 20 centimètres de longueur.

Elles sont stérilisées à l'autoclave à 130° pendant une demi-heure. On les conserve ensuite dans des flacons également stérilisés, remplis ou non de la solution de sublimé à 1 p. 1000. Les tampons d'ouate hydrophile entourés de gaze sont traités de la même manière.

Opérateur et aides. Désinfection des mains. — « Le chirurgien et ses aides ne doivent pas avoir touché de matières septiques depuis quarante-huit heures au moins. » Si des circonstances particulières les obligeaient à intervenir dans des conditions contraires, ils prendront la veille un bain au sublimé. Il est bien entendu que leurs mains doivent être exemptes d'éraillures et de boutons suppurants. Ils doivent être revêtus d'une longue blouse

et d'un tablier sortis de l'autoclave. Les bras seront nus. Il est très difficile d'obtenir l'asepsie parfaite des mains, et tout le monde ne sait pas, malheureusement, les laver, les brosser et surtout nettoyer les ongles qui sont de vraies cavernes à microbes. Il ne suffit nullement d'avoir les mains blanches et les ongles roses pour qu'ils soient aseptiques. Il faut leur faire subir une toilette particulière, que les aides et surtout les assistants occasionnels ne se donnent pas toujours la peine de faire.

Que de fois nous étions placés dans l'alternative, ou de blesser un confrère par une remarque sur la façon peu attentive de se conformer aux règles de l'antisepsie, ou de courir le risque de voir infecter notre malade. Nous serons heureux si les lignes qui vont suivre nous évitent à l'avenir cet embarras.

Fürbringer, dans un remarquable travail, a posé les règles pour la désinfection des mains que tous les chirurgiens suivent à présent. On commence par un minutieux curage des ongles avec un cure-ongle métallique, flambé avant chaque opération. On lave ensuite les mains, dépourvues, bien entendu, de bagues, avec du savon noir à l'eau bouillie chaude et on les brosse énergiquement pendant trois à cinq minutes avec une large brosse à crins rigides, stérilisée à l'autoclave ou au moins bouillie. On sèche ensuite les mains avec un morceau de gaze stérilisée qu'on passe surtout dans les replis onguéaux. Puis on frotte soigneusement les mains avec de la gaze imprégnée d'alcool à 80° et on les plonge enfin dans une solution de sublimé à 1/2000.

Nous avons l'habitude, pour les interventions abdominales, avant de passer les mains au sublimé, de les mettre successivement dans le permanganate de potasse à 5 p. 1000 et le bisulfite de soude à 10 p. 100, acidulé avec l'acide oxalique.

Les mains désinfectées, on ne doit plus toucher à rien

qui ne soit stérilisé : les compresses passées à l'autoclave feront, au besoin, l'office de mouchoirs et les mains seront de nouveau trempées dans le sublimé. Le lorgnon, dont la plupart des myopes peuvent se passer ordinairement pendant l'opération, doit en tout cas être arboré avant la toilette, et on n'y touchera plus ensuite.

Les gants, dont on a proposé dernièrement de revêtir les mains du chirurgien, nous semblent offrir plus d'inconvénients que d'avantages. La désinfection, telle que nous l'avons indiquée, est parfaitement suffisante ; inutile donc de nous priver du sens du tact qui nous rend tant de service au cours des opérations.

Le nombre des aides sera réduit au minimum, les risques d'infection étant en rapport direct avec la quantité de mains mises en contact avec la plaie et tous les objets servant à l'opération. Le chirurgien et son aide principal prendront eux-mêmes les instruments et les compresses placés à leur portée.

La solution phéniquée, dans laquelle plongent les instruments, sera renouvelée par un aide aussitôt qu'elle sera devenue trouble. Tous les objets dont le chirurgien peut avoir besoin au cours de l'opération lui seront passés à l'aide de pinces. Une cuvette, remplie d'une solution faible d'acide phénique ou de sublimé, sera placée à proximité du chirurgien et de son aide principal pour qu'ils puissent y tremper de temps en temps leurs mains au cours de l'opération.

Désinfection de la région opératoire. — L'*antisepsie de la peau* (parois abdominales, pubis, vulve) est obtenue de la manière suivante : on rase exactement les poils, on savonne et brosse toute la région, les anfractuosités, les plis du nombril, avec du savon stérilisé, une brosse autoclavée et de l'eau bouillie. On frotte ensuite l'épiderme avec des compresses imbibées d'éther, puis d'al-

cool. Enfin, on arrose le champ opératoire avec la solution de sublimé à 1/1000 et on l'entoure de compresses stérilisées.

L'antisepsie du vagin. — La malade étant anesthésiée, on déplisse le vagin à l'aide de deux doigts et on le savonne soigneusement. On le brosse avec une brosse étroite à manche, on le lave avec de l'eau bouillie, on y passe ensuite plusieurs tampons imbibés d'alcool et on termine la toilette par une irrigation prolongée avec la solution de sublimé à 1/1000.

Le professeur Auguste Reverdin a préconisé dernièrement un ingénieux procédé de désinfection du vagin, qu'il a bien voulu nous communiquer lorsque nous avons eu le plaisir de visiter sa clinique de Genève. Il introduit dans la cavité vaginale un volumineux morceau de savon taillé en cône, qui la déplisse complètement. Ce cône est traversé, dans son diamètre longitudinal, par un canal creusé dans la masse savonneuse, dans lequel on introduit facilement le tuyau d'un injecteur. Grâce à cette disposition, on arrive à une désinfection bien supérieure à celle que l'on obtient avec les doigts.

Le pubis, la vulve et le vagin désinfectés, on recouvre toute la région antiseptisée avec une grande compresse fendue par le milieu.

Il est également utile de mettre des compresses stérilisées sur les parties supérieures des cuisses.

Pansement. — Le *pansement aseptique* tend de plus en plus à remplacer celui de Lister plus ou moins modifié. En effet, si toutes les précautions antiseptiques ont été prises avant l'opération ; si au cours de l'intervention tout ce qui a été mis en contact avec la région opératoire, instruments, fils, compresses, etc., a été rigoureusement stérilisé à l'étuve ou à l'autoclave, on peut se dispenser d'appliquer sur la ligne de sutures toute substance

plus ou moins irritante, plus ou moins toxique. Un morceau de gaze aseptique recouvert d'abord d'une couche d'ouate hydrophile, ensuite d'ouate ordinaire, et retenu par une bande en flanelle ou par un bandage ordinaire, le tout bien stérilisé à l'autoclave, voilà le pansement idéal. La gaze et l'ouate hydrophiles absorbent les sécrétions aseptiques de la plaie ; l'ouate ordinaire qui s'imbibe difficilement protège les premiers contre l'infection lorsqu'ils sont mouillés. On remettra, du reste, de nouvelles couches de coton aussitôt qu'on apercevra quelques taches de sécrétion sur la surface du pansement.

Le *pansement antiseptique* est fait de même manière, mais on remplace la gaze hydrophile par la gaze antiseptique, salolée, phéniquée et surtout iodoformée. Quelques chirurgiens ont l'habitude de saupoudrer, en outre, la plaie avec de la poudre d'iodoforme. On doit se méfier, dans ce cas, de l'intoxication qui peut survenir et donner lieu à des accidents graves et même mortels. La susceptibilité à l'iodoforme varie beaucoup suivant les malades ; son absorption est très rapide, surtout en contact avec les tissus adipeux, et l'empoisonnement peut se manifester, même en dehors de toute lésion rénale.

Nous ne voyons aucune utilité à couvrir la plaie de poudre d'iodoforme, la gaze iodoformée à 10 ou 15 p. 100 étant parfaitement suffisante.

Le renouvellement du pansement exige les mêmes précautions antiseptiques que l'opération : les mains seront minutieusement désinfectées, les instruments, les pièces du pansement seront stérilisés comme nous l'avons indiqué.

Pansement vaginal. — Dans la cavité vaginale, l'iodoforme offre beaucoup moins de danger et rend de grands services grâce à son action antiseptique énergique et durable. A la fin de l'opération, après avoir irrigué le vagin

avec la solution de sublimé ou d'acide phénique, on le remplit de mèches de gaze iodoformée à 10 ou 25 p. 100. Le pouvoir microbicide du sublimé étant considérable, on se servira de solutions faibles à 1/2000 et 1/3000.

L'acide phénique à 1 p. 100 peut remplacer le sublimé et offre l'avantage de ne pas altérer et noircir les instruments. C'est cette solution qu'on emploie également pour l'irrigation continue pendant les opérations qui portent sur le vagin ou le col de la matrice. La canule en verre servant à l'irrigation sera stérilisée comme les instruments.

Soins préliminaires. — Ils sont en rapport avec le genre et la gravité de l'intervention. Nous les avons décrits à propos de chaque opération.

Observons seulement ici que le chirurgien doit examiner avec soin la malade plusieurs jours avant et s'il constate quelques lésions viscérales auxquelles on peut porter remède avant l'opération, il ne doit jamais négliger de le faire.

L'état des voies digestives intéresse surtout l'opérateur lorsqu'il s'agit d'une grande intervention sur l'utérus ou ses annexes. La paralysie des intestins ayant été observée quelquefois après ces opérations, il est nécessaire de procéder à une désinfection du canal intestinal par des purgatifs salins, le naphtol, benzo-naphtol, salicylate de bismuth, etc.

Pour les opérations qui se font par la voie vaginale, on assurera l'antisepsie de ce canal par des injections au sublimé à 1/2000 prises matin et soir et par des tamponnements à la gaze iodoformée.

Soins consécutifs. — Comme les soins préliminaires, ils sont indiqués à propos de chaque opération. En règle générale, on ne doit rien entreprendre sans une indication précise, et les soins doivent être purement symptomatiques.

Un conseil que nous tenons à donner, c'est de prendre le pouls et la température de la malade, matin et soir, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération.

La comparaison de ces tracés avec ceux que l'on obtient après l'opération est souvent très instructive, elle évite des inquiétudes inutiles et signale des dangers réels.

ANESTHÉSIE

A quelques exceptions près, l'anesthésie générale est toujours indiquée dans les opérations gynécologiques. L'anesthésie locale par les injections hypodermiques de la cocaïne à 1 p. 100 ne peut guère être employée que pour certaines fistules ou dans la périnéorrhaphie, lorsqu'il s'agit d'une très petite déchirure.

Même le curettage ne doit pas être fait sans l'anesthésie générale. Si énergique que soit la malade, elle donne des signes d'impatience, accuse des douleurs au moment de la dilatation du col et de l'écouvillonnage. Le chirurgien se presse, il a hâte de finir et fait ordinairement de la mauvaise besogne, un curettage incomplet qui compromet le résultat final.

Du reste l'anesthésie générale est absolument inoffensive à condition de la confier à des personnes expérimentées. Nous ne parlons évidemment pas des contre-indications tirées de l'état de l'appareil circulatoire ou des organes de la respiration. Les cas de mort que nous avons observés dans les hôpitaux provenaient d'une défectueuse administration du chloroforme confiée à des étudiants ignorant complètement la pratique de l'anesthésie.

Le chirurgien, soucieux de la vie de ses malades, choisira donc toujours, pour remplir ce rôle, un confrère ou un interne parfaitement au courant de la technique de l'anesthésie. Cet aide aura soin, au cours de l'opération, d'avoir l'œil fixé sur la face de la malade et non sur la

région opératoire. Il sera pourvu d'une pince à langue et d'un fixateur de la mâchoire inférieure (fig. 11).

Le chloroforme et l'éther se partagent la faveur des chirurgiens. Lorsqu'il s'agit d'une malade très faible et que l'opération est de longue durée, on donnera la préférence à l'éther qui souvent relève la pression vasculaire. Le chloroforme, au contraire, diminue l'énergie cardiaque

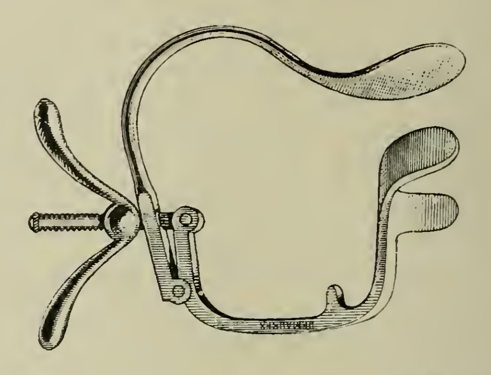


Fig. 11. — Fixateur de la mâchoire inférieure de A. Reverdin.

et abaisse la pression sanguine. L'éther sera contre-indiqué, quand il existe quelque affection de l'appareil respiratoire, vu que cet anesthésique provoque une sécrétion profuse de la muqueuse bronchique.

Les contre-indications absolues à l'anesthésie ne proviennent guère que de la dégénérescence graisseuse du cœur, de la dégénérescence rénale ou d'une affection grave des organes respiratoires. L'athérome artériel, les lésions valvulaires ou une anémie grave, tout en ne présentant pas de contre-indications absolues, offrent souvent un problème très délicat à résoudre et il sera toujours prudent, dans ces cas, de prendre l'avis de quelques médecins.

I

AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS

La technique de l'amputation diffère selon que la résection est faite au-dessous ou au-dessus de l'insertion du vagin sur le col, d'où l'*amputation sous ou intra-vaginale* et l'*amputation sus ou supra-vaginale*. Les procédés qui ne présentent qu'un intérêt historique étant déplacés dans un manuel essentiellement pratique, nous les éliminerons afin de nous étendre sur ceux qui sont le plus répandus aujourd'hui.

Indications générales. — Un grand nombre d'affections utérines peuvent nécessiter l'amputation du col.

La *métrite chronique* est justiciable de cette intervention lorsque, malgré le traitement médical, le corps de l'utérus reste volumineux et douloureux, le col gros et dur.

L'amputation du col produit dans ce cas une involution du corps de l'utérus par une sorte de contre-coup de l'opération cervicale.

La *sténose du col*, si l'on n'a pu suffisamment l'améliorer par l'électrolyse, la dilatation lente ou immédiate, doit également être combattue par cette opération. C'est le meilleur moyen de rendre à l'orifice cervical toute sa souplesse et supprimer ainsi la disménorrhée, souvent occasionnée par la sténose.

L'*hypertrophie du col*, qu'elle soit sous-vaginale ou sus-vaginale, qu'elle soit scléro-kystique ou folliculaire, qu'elle affecte la forme cylindroïde, conoïde ou tapiroïde, ne peut être guérie que par l'amputation.

L'*antéflexion* de l'utérus nécessite quelquefois l'amputation du col lorsque les douleurs provoquées par la métrite concomitante n'ont pas disparu au curettage. On peut la faire intervenir aussi lorsqu'il y a lieu de combattre la sténose qui se rencontre souvent dans l'antéflexion congénitale.

La *rétroflexion*, quand l'utérus reste réductible, cède parfois à cette opération qui provoque secondairement une diminution notable de la matrice, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer.

Le *prolapsus de l'utérus* réclame plusieurs interventions appropriées à chaque cas (colpo-périnéorrhaphie, élythrorrhaphie antérieure, etc.), mais l'amputation du col ayant pour but d'alléger l'utérus doit souvent les précéder.

Le *cancer du col* est justiciable, à notre avis, de l'hystérectomie vaginale. En effet, on n'est jamais absolument certain que l'affection soit limitée à la portion cervicale, qu'elle n'ait pas déjà donné des prolongements vers le corps, ou qu'elle n'ait pas produit des noyaux métastatiques utérins. Néanmoins beaucoup de chirurgiens, et Schrœder en particulier, recommandent l'amputation du col dans les cas de cancers limités à la portion vaginale du col. Ils la recommandent surtout pour le cancroïde du museau de tanche qui, moins que toute autre forme de cancer, a de la tendance à se propager vers le corps.

La *vaginite chronique*, lorsque l'inflammation est entretenue par l'infection gonorrhéique localisée dans la muqueuse cervicale, n'est guérie, ordinairement, que par l'amputation du col.

Ajoutons que dans tous les cas où l'amputation est

indiquée, elle doit toujours être précédée du curettage pour combattre la métrite concomitante.

A. — AMPUTATION SOUS-VAGINALE

Opération de Schrœder

Amputation du col à un lambeau ou excision de la muqueuse.

Elle trouve son application dans les métrites catarrhales chroniques avec dégénérescence folliculaire ou avec ulcérations rebelles du col, et en général dans tous les cas où c'est la muqueuse cervicale qui est surtout altérée.

Soins préliminaires. — Afin d'éviter les redites, nous décrirons ici les préparatifs nécessités par toute intervention sur le col.

La meilleure époque pour l'intervention est la première semaine qui suit la menstruation. La malade recevra pendant quelques jours, matin et soir, une injection avec la solution de sublimé à 1/2000 et son vagin sera tamponné à la gaze iodoformée après chaque injection. La veille de l'opération, elle sera purgée et prendra un bain tiède ; le jour même, on lui administrera un lavement et deux injections à une heure d'intervalle.

Elle ne gardera qu'une chemise et une camisole et sera couchée sur la table d'opération dans la position dorso-sacrée. Les jambes seront soutenues par deux aides, ou, ce qui est préférable, par des tiges métalliques surmontées d'un croissant qu'on peut adapter à n'importe quelle table (fig. 12).

Une fois l'anesthésie chloroformique obtenue, on procède à la toilette vulvo-vaginale. Les poils au niveau des grandes lèvres sont rasés ou au moins coupés au ras et la vessie est vidée à l'aide d'une sonde métallique. La région

vulvaire est brossée au savon, lavée ensuite au sublimé à 1/1000 et à l'alcool. Le vagin subit le même traitement. A l'aide d'une brosse à manche ou de deux doigts, on déplisse les culs-de-sac, on savonne toute la cavité et on finit par une abondante irrigation au sublimé.

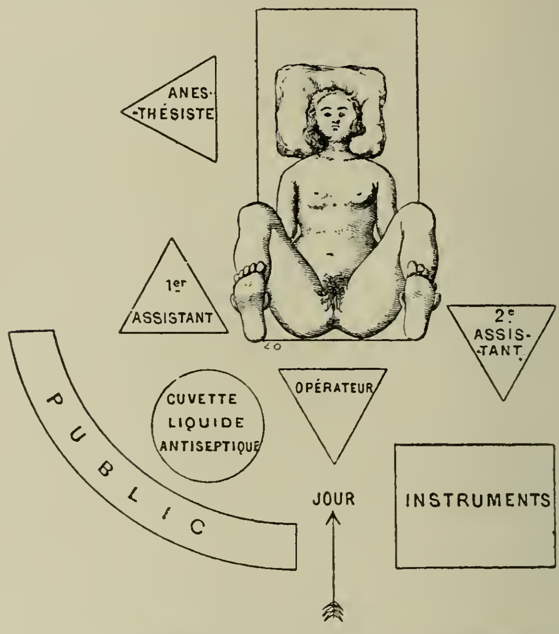


Fig. 12. — Dispositif général pour une opération vaginale.

Les mains de l'aide qui a procédé à cette toilette étant désinfectées à nouveau, il ne reste plus qu'à passer à l'acte opératoire lui-même.

Technique. — Tout d'abord on fait le curettage suivant les règles qui sont décrites à propos de cette opération, avec cette seule différence qu'on n'introduit pas dans la cavité utérine de mèche de gaze iodoformée après le badigeonnage à la glycérine créosotée.

La fourchette est déprimée à l'aide d'une large valve

coudée de Simon, tenue par un assistant et le col est abaissé par deux pinces de Museux, implantées chacune dans une lèvre. Avec de forts ciseaux on incise bilatéralement les commissures du col jusqu'au voisinage de l'insertion vaginale et on le divise ainsi en deux valves dont l'écartement permet d'apprécier l'étendue des lésions.

A la hauteur jugée suffisante, on incise transversale-

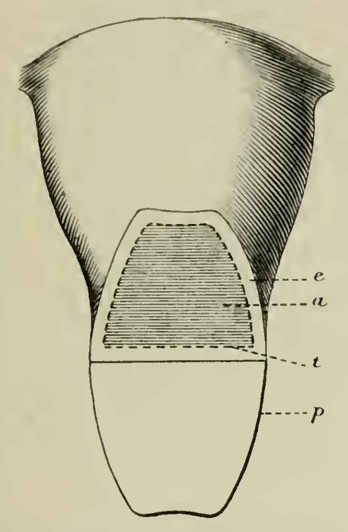


Fig. 13. — Opération de Schrœder. Tracé des incisions.

a. lèvre antérieure ; *p*. lèvre postérieure ; *t*. incision transversale ; *e*. incision demi-circulaire.

ment la muqueuse utérine de la lèvre antérieure, de l'un à l'autre des débridements latéraux. Les points terminaux de cette entaille sont réunis par une autre, demi-circulaire, qui chemine parallèlement à la face intra-cervicale de la lèvre et intercepte ainsi une lamelle de tissu du col plus ou moins épaisse, suivant le besoin, et qu'on résèque en dirigeant le bistouri de la dernière incision vers la première (fig. 13 et 14). On obtient ainsi deux lambeaux, l'un rigide, l'autre flottant qu'on réunit par des points de

suture, qui rabattent le lambeau externe sur le lambeau intra-utérin (fig. 15). On peut employer à cet effet les fils de soie ou les crins de Florence, mais leur usage impose la nécessité de les enlever au bout de dix à quinze jours, ce qui n'est pas toujours aisé.

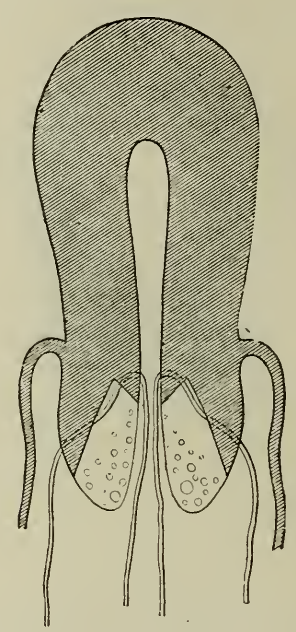


Fig. 14. — Opération de Schrœder. Tracé des incisions.

Nous préférons le catgut préparé à l'acide chromique lequel retarde beaucoup sa résorption. A l'aide d'une aiguille montée (Deschamps, Reverdin) ou d'aiguilles de Hagedorn conduites par un porte-aiguille, ou enfin à l'aide d'une aiguille ordinaire à courbure accentuée, on passe le premier fil sur la ligne médiane, en le faisant cheminer au-dessous de toute la surface cruentée. Ce fil noué, on place à droite et à gauche un ou deux autres points de suture de la même manière et quelquefois on

doit encore ajouter deux ou trois points superficiels pour assurer l'affrontement exact des deux lambeaux. Les chefs des fils sont réunis dans un faisceau entre les mors d'une pince hémostatique et servent à maintenir le col abaissé pendant qu'on exécute sur la lèvre postérieure exactement les mêmes manœuvres que sur la lèvre anté-

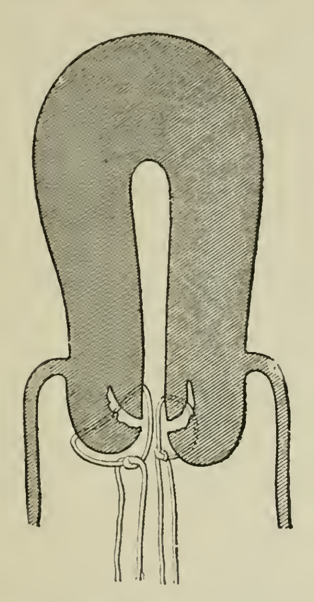


Fig. 15. — Operation de Schrœder. Disposition du lambeau après la suture.

rieure : dissection d'un segment prismatique et sutures du lambeau extérieur à la muqueuse interne. Il ne reste alors qu'à mettre un ou deux points de suture sur chaque commissure (fig. 16). Pendant tout le temps de l'opération, la cavité vaginale est irriguée à l'eau phéniquée chaude à 1 p. 100, au moyen d'une longue canule ou d'une valve de Fritsch, de manière à avoir un faible jet continu sur le col. Les ligatures posées, on débarrasse le vagin des caillots de sang par un jet plus fort et on coupe les fils au

ras des nœuds, si on s'est servi du catgut, ou à une certaine distance, si ce sont les crins de Florence ou la soie qu'on a employés. Une mèche de gaze iodoformée est

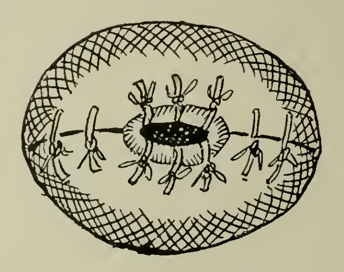


Fig. 16. — Opération de Schrœder. Aspect du col à la fin de l'opération.

introduite dans la cavité utérine, la matrice est refoulée à sa place et le vagin est bourré de gaze iodoformée.

Soins consécutifs. — Au bout de trois jours on retire les tampons utérin et vaginal. Le dernier est encore renouvelé trois ou quatre fois à l'intervalle de trois jours. La malade reçoit ensuite, matin et soir, une injection vaginale au sublimé à 1/2000, et peut quitter le lit au bout de quinze jours.

Opération de Simon

Amputation du col à deux lambeaux, amputation bi-conique.

Ce procédé d'amputation, préconisé d'abord par Simon et décrit ensuite par Marckwald, est indiqué dans tous les cas énumérés précédemment, à condition que la muqueuse intra-cervicale ne soit pas altérée.

Technique. — Le premier temps de l'opération, l'incision bilatérale des commissures du col est le même que dans l'opération de Schrœder. Mais ensuite, au lieu d'exciser une lamelle plus ou moins épaisse de la muqueuse

utérine du col, on taille en plein tissu musculaire. Donc, au lieu d'une incision transversale et une demi-circulaire, pratiquez sur chaque lèvre, en commençant par l'antérieure, deux incisions obliques dont une part de la muqueuse externe, l'autre de la muqueuse interne.

Ces incisions doivent se diriger l'une vers l'autre et intercepter un segment conique à base inférieure et à sommet supérieur. Les deux lambeaux, à peu près égaux, ainsi obtenus sont suturés de la manière déjà indiquée pour l'opération de Schrœder, en faisant cheminer l'aiguille au-dessous de toute la surface cruentée.

Les soins consécutifs sont les mêmes.

Opération de Bouilly

Excision d'un lambeau rectangulaire de la muqueuse cervicale.

Bouilly la préconise dans les cas d'endométrite cervicale glandulaire, localisée à la muqueuse intra-cervicale. Cette

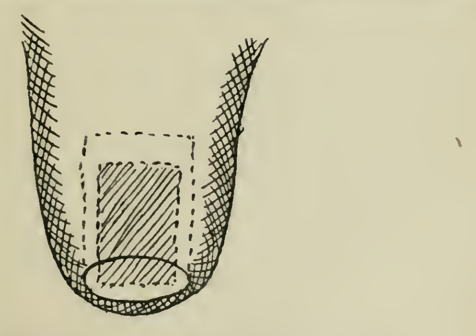


Fig. 17. — Opération de Bouilly. Tracé des incisions.

endométrite s'accompagne ordinairement de l'atrésie de l'orifice interne.

Technique. — Dilatation du col avec les tiges de lami-

naire pendant quarante-huit heures. Curettage du corps. Les lèvres sont écartées à l'aide de deux pinces de Museux et on excise sur chacune d'elles, avec un bistouri étroit, un lambeau rectangulaire de la muqueuse intra-cervicale qui va de l'orifice interne à l'orifice externe et respecte de chaque côté les commissures (fig. 17).

On obtient ainsi deux gouttières de 3 à 4 millimètres de profondeur chacune et qui ne se touchent pas latéralement. Pas de suture. Badigeonnage à la glycérine créosotée. Introduction d'une mèche de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les trois jours pendant quinze jours.

Opération de Pozzi

Évidement commissural du col.

Dans la sténose du col, la réfection autoplastique d'un orifice utérin peut être faite par les procédés d'amputation que nous venons de décrire. Pozzi destine l'opération qu'il a imaginée en 1895, plus particulièrement aux cols tapiroïdes.

Voici la description qu'en donne l'auteur dans son traité de gynécologie.

« On commence par sectionner latéralement le col de façon à former deux longues valves cervicales, l'une inférieure, l'autre supérieure. Par l'écartement de ces deux valves, presque toute la cavité cervicale se montre à découvert et la muqueuse apparaît divisée en deux moitiés correspondant aux deux valves.

De chaque côté de cette muqueuse, en haut et en bas, se trouve une surface avivée. Sur chacune de ces surfaces, étroites mais longues, on enlève un long lambeau en forme de coin, à l'aide de deux incisions longitudinales partant d'une troisième incision transversale paral-

lèle à l'angle de réunion des deux valves et aboutissant à l'orifice externe sectionné. L'une de ces incisions, longitudinale, est parallèle à la muqueuse cervicale ; l'autre longe la muqueuse vaginale du col, et toutes deux vont dans la profondeur à la rencontre l'une de l'autre, de façon à délimiter un lambeau prismatique et triangulaire qu'on enlève. Une des faces de ce lambeau regarde vers l'extérieur, tandis que l'arête correspondant à cette face, qui mesure en largeur toute la largeur de la surface cruentée, se trouve dans la profondeur du parenchyme cervical. Quand le lambeau est enlevé, la surface de section latérale se présente sous forme d'une gouttière aplatie latéralement. Il suffit maintenant d'affronter les deux bords de cette gouttière et de les suturer transversalement dans toute leur longueur, c'est-à-dire depuis l'angle de réunion des deux valves jusqu'à l'orifice externe sectionné. La suture se fait à l'aide de fils d'argent fixés par des tubes de plomb. Ainsi se trouve suturée la muqueuse interne ou intra-cervicale à la muqueuse externe ou vaginale du col. Lorsqu'on a répété les mêmes manœuvres pour chaque surface cruentée, l'affrontement est parfait, les tranches de section n'ont plus de tendance à se réunir l'une à l'autre et le col reste divisé à une grande hauteur. Il en résulte que, immédiatement après l'opération, l'orifice du museau de tanche a la forme d'une ligne courbe elliptique et les lèvres ont l'aspect d'un bec de canard. Mais, par suite de la rétraction qui s'opère peu à peu, cet aspect se modifie et l'orifice extérieur se présente sous la forme d'une ligne horizontale ourlée de lèvres rectilignes. »

Opération d'Emmet

Trachélorrhaphie.

Elle est destinée à guérir les vieilles déchirures du col,

mal cicatrisées, douloureuses, à lèvres granuleuses. Quand la déchirure est unilatérale et est accompagnée de métrite cervicale avec ulcérations du col, l'opération de Schrœder est préférable.

Technique. — La fourchette déprimée par une valve coudée, on abaisse le col avec une pince de Museux implantée dans chaque lèvre près de la déchirure.

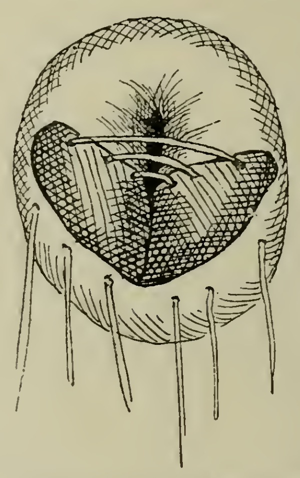


Fig. 18. — Opération d'Emmet. Avivement, sutures.

On dissèque au bistouri un lambeau sur les rebords de la déchirure, de façon à obtenir deux surfaces planes pouvant s'appliquer exactement l'une sur l'autre (fig. 18).

L'angle supérieur de la déchirure doit être avivé avec un soin particulier afin de faire disparaître entièrement les nodules cicatriciels. On place ensuite cinq ou six points de suture au crin de Florence ou au catgut fort qui doivent traverser toute l'épaisseur des lèvres et on tamponne le vagin à la gaze iodoformée (fig. 19).

Toutes ces opérations que nous venons de décrire ne s'excluent pas l'une l'autre et peuvent être combinées

de manière à parer aux lésions différentes dont les deux lèvres du col sont parfois atteintes. Ainsi l'opération de

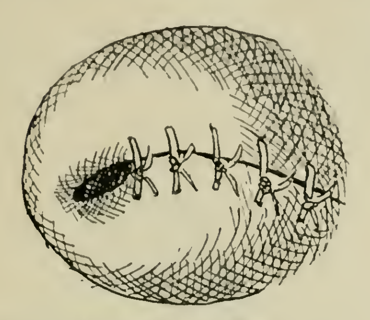


Fig. 19. — Opération d'Emmet. Aspect du col à la fin de l'opération.

Schrœder sur la lèvre antérieure peut être faite en même temps que l'opération de Simon sur la lèvre postérieure, ou l'opération d'Emmet.

B. — AMPUTATION SUS-VAGINALE

Elle est indiquée dans l'hypertrophie sus-vaginale du col, et quelques chirurgiens la préconisent également dans le cancer limité au museau de tanche.

Technique. — Les préparatifs et la position de la malade sont ceux de toute opération plastique sur le col.

Les parois du vagin sont écartées au moyen de deux valves, une antérieure et une postérieure, et au besoin avec deux écarteurs latéraux. Le col étant saisi par chacune de ses lèvres avec des pinces de Museux à quatre dents et fortement abaissé, on incise avec un bistouri la muqueuse vaginale au pourtour du col jusque dans le tissu conjonctif (fig. 20). En avant, l'incision doit passer le plus près possible de l'orifice cervical externe, au-dessous du point où la muqueuse se réfléchit sur le col,

afin d'éviter d'ouvrir la vessie. En arrière, l'incision peut remonter plus haut d'au moins 1 centimètre sans inconvénient.

Les deux incisions sont réunies latéralement de manière à compléter l'incision circulaire. A l'aide de ciseaux

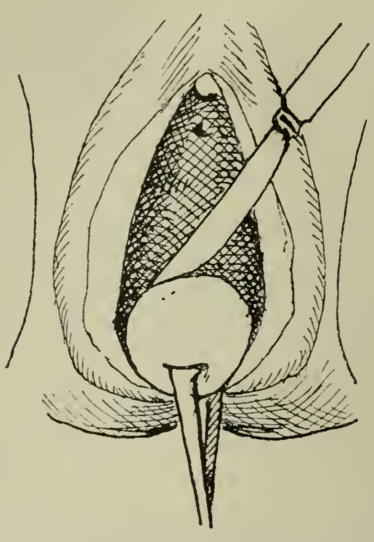


Fig. 20. — Amputation sus-vaginale. Incision circulaire de la muqueuse.

mousses et des doigts introduits dans la partie antérieure de l'incision, on sépare la vessie de la paroi antérieure du col (fig. 21). Même manœuvre pour détacher la face postérieure. Sur les côtés, le dégagement est ordinairement plus laborieux et on est parfois obligé d'appliquer des ligatures sur quelques branches de l'artère utérine avant de les couper.

Le col se trouve ainsi libéré jusqu'à la hauteur voulue.

D'après la technique décrite par Schrœder qu'on retrouve dans tous les traités de gynécologie et dans la dernière édition du livre de Pozzi, il est indiqué, qu'une fois le col isolé, on le sectionne perpendiculaire-

ment à son axe et on applique les sutures. « Dès qu'on juge que le col est assez dégagé, écrit Pozzi, on incise la paroi antérieure jusqu'à ce que le bistouri arrive dans le canal cervical. Alors des fils sont passés à travers le cul-de-sac antérieur et le long de la paroi postérieure de la vessie, traversent la paroi utérine antérieure et ressortent fina-

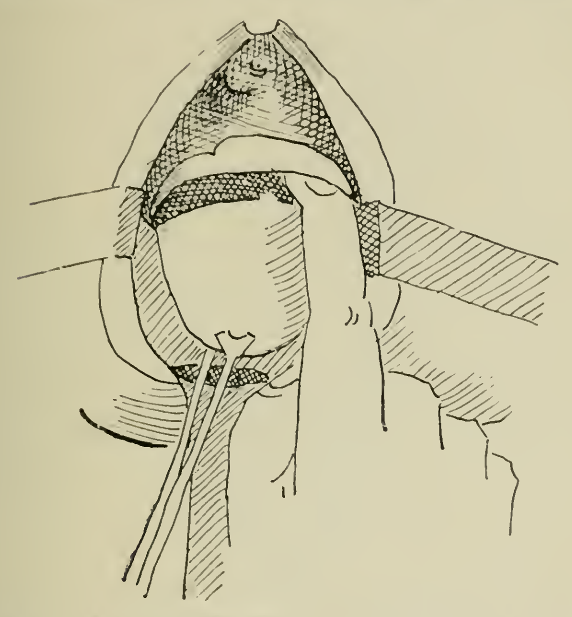


Fig. 21. — Amputation sus-vaginal. Décollement de la vessie.

lement dans le canal cervical. On noue, et la surface de section de la paroi vaginale antérieure s'applique sur la surface de section de la muqueuse cervicale ; cette suture qui embrasse profondément les parties, ferme aussi la plaie du tissu conjonctif.

« Si l'on a déjà divisé à ce moment la paroi postérieure de l'utérus, ces sutures empêchent le moignon de remonter. On place de même des sutures postérieures embrassant les parties profondes et unissant la paroi vaginale à

la partie postérieure de l'utérus. On consolide la réunion en plaçant de nouvelles sutures latérales et l'on termine en fermant par des ligatures aussi profondes que possible toutes les surfaces cruentées. »

C'est ainsi que nous procédions également jusqu'à l'année 1895. Depuis cette époque, nous avons modifié ce dernier temps de l'opération, d'après la technique du

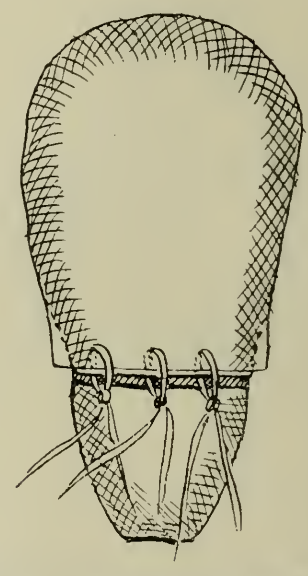


Fig. 22. — Amputation sus-vaginale.

Dr Lejars, que nous avons vu opérer à l'hôpital Beaujon dans le service du professeur Labbé.

Le col dégagé circulairement jusqu'à la hauteur voulue, nous incisons bilatéralement ses commissures avec de forts ciseaux. Il se trouve par conséquent divisé en deux valves, antérieure et postérieure. Avant de sectionner la première, on commence par passer trois ou quatre fils qui traversent la muqueuse vaginale, puis l'épaisseur de la paroi utérine à la hauteur choisie, et enfin

la muqueuse utérine. Ce n'est que lorsque tous les points de suture sont placés, qu'on coupe avec le bistouri la lèvre antérieure. Les fils sont noués immédiatement après (fig. 22). On place de la même manière les sutures postérieures qui unissent la paroi vaginale à la face postérieure de l'utérus. On tranche la lèvre postérieure et on noue les fils. Un ou deux points de suture sont mis aux extrémités du diamètre transversal, au niveau de chaque commissure latérale. Section des fils, irrigation du vagin, placement du tampon de gaze iodoformée.

Cette modification dans la technique de l'amputation sus-vaginale du col nous semble présenter deux avantages.

Le placement des sutures est facilité par l'écartement des lèvres après la section bilatérale des commissures et par l'absence d'hémorragie.

Cette dernière, survenant après la section des lèvres du col, est immédiatement arrêtée par les fils placés d'avance et qu'on n'a qu'à nouer.

Mêmes soins consécutifs qu'après les amputations sous-vaginales.

II

CLOISONNEMENT DU VAGIN

Procédé de Le Fort

Indications. — Cette opération a été préconisée par Le Fort, dans le prolapsus de l'utérus, et a pour but de maintenir unies les parois opposées du vagin afin d'empêcher leur chute, qui cause souvent le prolapsus utérin.

L'auteur de cette opération en a obtenu de nombreux succès, ce qui nous engage à la décrire, malgré l'emploi restreint qu'on en fait aujourd'hui. On lui préfère généralement les différents procédés de colporrhaphie.

Technique. — Le principe du procédé de Le Fort est de tailler sur les parois antérieure et postérieure du vagin une lanière rectangulaire de la muqueuse à grand diamètre vertical, et de les réunir l'une à l'autre par des sutures.

On commence par réduire l'utérus et tracer sur les parois antérieure et postérieure une incision transversale le plus près possible de la vulve, où les deux parois se touchent. Ensuite, on attire l'utérus hors de la vulve avec une pince de Museux et on fait trois autres incisions de manière à tailler sur chaque paroi un avivement rectangulaire de 4 à 5 centimètres de hauteur et de 2 centimètres de largeur. On dissèque ces avivements à une très faible épaisseur et on applique les sutures. Afin d'éviter la production d'un espace libre entre les deux

surfaces cruentées, les fils d'argent dont Le Fort s'est servi sont passés le plus près possible du centre de l'avivement. Comme on peut s'en rendre compte sur la figure 23, les fils rentrent dans la muqueuse d'une paroi

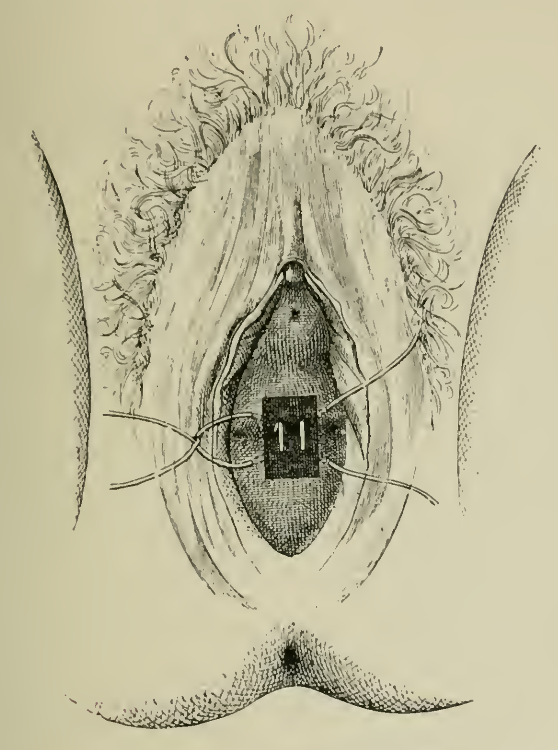


Fig. 23. — Cloisonnement du vagin.

vaginale, ressortent dans la plaie de cette même paroi, pénètrent dans la plaie de la paroi opposée et finalement ressortent par la muqueuse de cette dernière paroi. Le vagin se trouve ainsi cloisonné verticalement en deux cavités.

Les sutures sont enlevées au bout de quinze jours à trois semaines.

III

COLPOCLEISIS

Oblitération du vagin

Indications. — L'occlusion du vagin, imaginée par Simon de Rostok, est indiquée comme moyen extrême dans ces cas malheureux où toutes les tentatives d'oblitération d'une fistule vaginale ont échoué.

Faite chez une femme après la ménopause, elle offre moins d'inconvénients, quoique la stagnation de l'urine dans la cavité vaginale close, provoque souvent la métrite et donne quelquefois naissance à des calculs dont la présence occasionne de fortes douleurs.

Mais avant cette époque, le colpocleisis présente beaucoup plus de danger. En outre des lésions provoquées par l'urine, il y a à craindre le catarrhe vésical dû au passage du sang menstruel dans la vessie qu'il traverse pour s'écouler avec l'urine par l'urèthre. La fécondation est impossible.

Technique. — Chez les femmes qui ont leur menstrues, il est nécessaire, avant d'exécuter l'avivement du vagin, d'assurer le libre écoulement du sang menstruel dans la vessie en agrandissant, au besoin, la fistule. L'avivement en principe doit porter aussi haut que possible. On évite ainsi l'incontinence d'urine qui se produit

quelquefois lorsque l'oblitération est faite au niveau de la portion uréthrale du vagin et le coït peut avoir lieu.

La malade est placée dans la position dorso-sacrée. Les parois de la portion du vagin située au-dessous de la fistule sont écartées au moyen de valves. On trace alors deux incisions circulaires limitant un anneau de tissu de

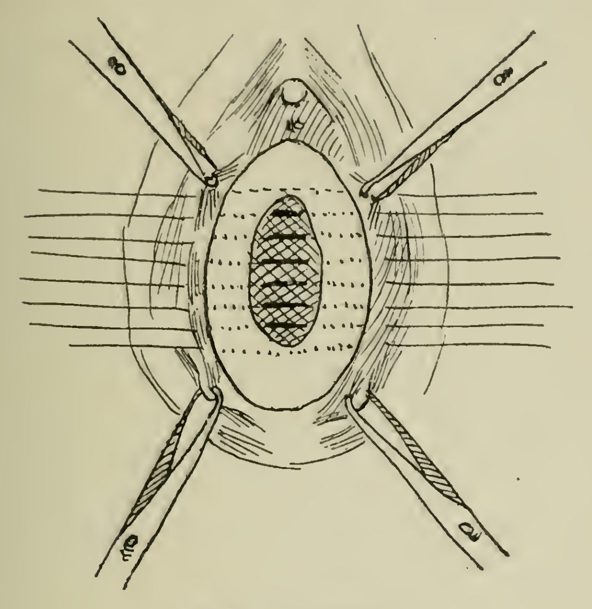


Fig. 24. — Colpocleisis.

1 centimètre et demi à 2 centimètres de largeur, qu'on va exciser. A cet effet, on tend le tracé circulaire avec des pinces érignes monogriffes et on l'avive en s'aidant en plus d'un doigt introduit dans le rectum et d'une sonde métallique passée dans la vessie. L'épaisseur de l'avivement doit être de 3 millimètres environ.

Pendant tout le temps de la dissection, un assistant pratique l'irrigation continue à l'aide d'une longue canule de verre, de manière à éviter que le sang ne masque

le champ opératoire. Quelques vaisseaux pourront, au besoin, être liés au catgut. L'avivement terminé, on passera aux sutures destinées à appliquer la plaie tracée sur la paroi antérieure du vagin, à la surface cruentée de la paroi postérieure. On place d'abord un fil médian en le faisant cheminer au-dessous de toute la surface avivée, de bas en haut sur la paroi antérieure du vagin, et de haut en bas sur la paroi postérieure. Ce fil nous permet d'attirer les parties à affronter, et l'application de tous les autres devient facile. On veillera à ce que l'aiguille courbe dont on se sert pour les sutures vaginales ne pénètre ni dans l'urèthre, ni dans la vessie, ni dans le rectum. Les fils de soie seront placés à une distance de 2 à 3 centimètres les uns des autres, et on appliquera, au besoin, quelques points superficiels pour assurer un affrontement exact des bords de la plaie. Quelquefois on peut trouver plus commode de passer les sutures transversalement de manière à appliquer l'une contre l'autre les parois latérales du vagin (fig. 24).

Vidal de Cassis, qui le premier pratiqua l'occlusion du vagin, suturait non pas les parois vaginales, mais les grandes lèvres (*épisiosténose* ou *épisiorrhaphie*). Cette opération donnait rarement des résultats satisfaisants et elle est délaissée actuellement.

Même technique que pour le colpocleisis.

IV

COLPORRHAPHIE OU ÉLYTRORRHAPHIE ANTÉRIEURE

Indications. — Elle est dirigée contre la procidence de la paroi antérieure du vagin, la cystocèle.

Conçue par Marshal Hall et perfectionnée par Sims, elle est rarement pratiquée isolément, mais complète souvent la colpo-périnéorrhaphie.

Technique. — La malade est placée dans la position dorso-sacrée, la vulve rasée, le vagin savonné et irrigué avec le sublimé à 1/2000. Avec une pince de Museux on abaisse le plus possible le col de l'utérus et on déplisse ainsi la paroi antérieure du vagin. Il s'agit maintenant de tracer sur cette paroi un avivement dont la forme et les dimensions restent à l'appréciation de l'opérateur, mais qui doit comprendre toute la portion exubérante du vagin. En général la forme ovalaire allongée, un losange à angles arrondis convient le mieux. On déterminera ces quatre angles, on y implantera des pinces érignes monogriffes et on les réunira par des incisions allant jusque dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Le lambeau ainsi limité et fortement tendu par les pinces, est en partie disséqué par le bistouri, en partie décollé avec le doigt et les ciseaux mousses (fig. 25).

Reste à appliquer les sutures à points séparés ou continues à étages. Pour les premières, on peut employer

le catgut, la soie, les crins de Florence ou les fils d'argent ; les secondes sont faites au catgut. Nous préférons ce dernier fil dans les deux cas. Si l'on fait les sutures à points séparés, il faut commencer par l'angle supérieur et

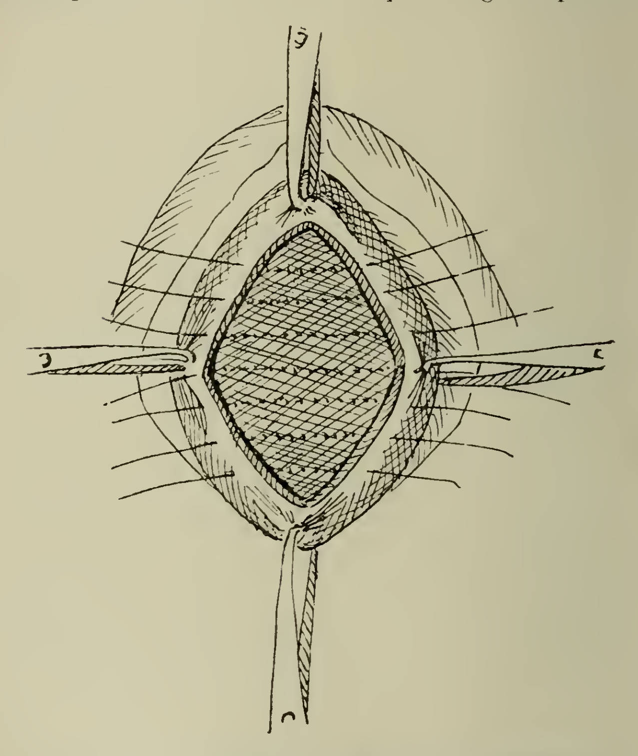


Fig. 25. — Colporrhaphie ou élytrorrhaphie antérieure. Avivement : sutures.

faire cheminer l'aiguille sous toute la surface cruentée ; tout en surveillant, au besoin, avec une sonde introduite dans la vessie, que l'aiguille n'y pénètre pas. Quand la plaie avivée est trop large, il peut être difficile et quelquefois même impossible de glisser l'aiguille sous toute la surface avivée. On est alors forcé de recourir aux sutures continues à étages superposés. On commence par

rétrécir par un surjet le milieu du losange en piquant l'aiguille à 1 ou 2 centimètres *en dedans* des bords. On obtient ainsi une surface cruentée suffisamment étroite pour passer au-dessous d'elle l'aiguille et on applique alors un second surjet en piquant l'aiguille, cette fois-ci, à 3 ou 4 millimètres *en dehors* des bords, dans la muqueuse.

Dans les deux cas, qu'on emploie l'un ou l'autre mode de suture, il est nécessaire de veiller à ce que les points d'entrée et de sortie de l'aiguille soient bien symétriques, afin d'assurer l'affrontement exact des bords de la plaie.

Les sutures placées, si cette opération n'est pas suivie de colpo-périnéorrhaphie, on débarrasse le vagin par une forte irrigation de tout caillot et on tamponne le vagin à la gaze iodoformée.

Le pansement est retiré au bout de trois jours et on se contente ensuite d'administrer à la malade, tous les matins, une injection au sublimé à 1/2000 pendant quinze jours.

Sänger a proposé dernièrement le procédé suivant (*Centr. Bl. fr. gynækol.*, 15 janvier 1898). On pratique une incision longitudinale médiane sur la paroi antérieure du vagin et on forme deux lambeaux latéraux par décollement, autant que possible, sans instrument tranchant. L'incision commence à environ 1 centimètre de l'orifice uréthral et s'étend jusqu'au cul-de-sac antérieur. On donne à chaque lambeau latéral une largeur de 3 à 5 centimètres. Le décollement est facilité par des pinces hémostatiques appliquées à des intervalles de 2 à 3 centimètres, et toujours plus haut, sur les deux bords de l'incision médiane. Ces pinces servent à tendre et à attirer graduellement les tissus au dehors. Après la résection des lambeaux, qui se fait à 2 ou 3 millimètres de la limite de la vessie, les bords de la surface cruentée ont la forme d'une feuille de myrte dont la pointe la plus allongée regarderait vers l'urèthre.

Une suture continue à la soie fine, à un ou deux étages, ramasse la vessie en la plissant et la réduit. Par-dessus, on pratique une suture à la grosse soie, à points séparés, en ayant soin de faire sortir les fils juste au bord de la plaie et de traverser la couche superficielle du tissu de la vessie plissée.

Comme traitement consécutif, un tampon de gaze est laissé à demeure dans le vagin pendant deux jours. La malade peut uriner spontanément le troisième jour. On lui administre un purgatif le surlendemain. Les fils sont enlevés au bout d'un mois à cinq semaines après l'intervention.

V

COLPORRHAPHIE MULTIPLE

Indications. — Elle est applicable dans les cas de prolapsus accentué de l'utérus, quand le vagin est exceptionnellement large.

Conseillée par Velpeau, Hall, Backer-Brown, cette opération a été bien précisée par Terrillon, à qui nous empruntons la description qu'il en a donnée en 1893 dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Elle était, du reste, peu usitée par d'autres chirurgiens qui lui préfèrent la colpopérinéorrhaphie combinée à la colporrhaphie antérieure.

Technique. — La malade est chloroformée et placée dans la position dorso-sacrée, les deux jambes maintenues écartées par deux aides ou par les bras spéciaux de la table d'opération. Un éclairage aussi parfait que possible est nécessaire pour rendre accessible à la vue le fond du vagin.

Pour écarter les parois, on doit se munir de valves à manche, étroites et assez longues pour bien déplisser le vagin. Deux de ces valves, tenues écartées l'une de l'autre, étalent la muqueuse et rendent l'opération facile.

Enfin, on doit se munir de pinces érignes (modèle tire-balles), courtes et du même modèle que les pinces à forcipressure. Elles servent à saisir la muqueuse.

On procède alors aux avivements.

Chaque lambeau doit avoir au moins 3 centimètres de large; mais on peut augmenter cette largeur, lorsque la cavité vaginale est très agrandie.

Il est nécessaire de laisser entre chaque lambeau une zone de muqueuse intacte de 1 centimètre et demi environ, pour pouvoir placer les sutures.

Lorsque les lambeaux ont été enlevés successivement sur la paroi vaginale entière, on voit, dans le champ opératoire, une série de plaies longitudinales séparées par la muqueuse conservée. Une précaution indispensable consiste à toujours laisser une bandelette de muqueuse saine sur la ligne médiane de la paroi postérieure.

La dissection des lambeaux est commencée avec le bistouri; ensuite, on procède par décollement avec le doigt ou avec un instrument mousse. Les ciseaux courbes et pointus peuvent aussi rendre des services.

On doit prendre de grandes précautions pour éviter de blesser la vessie ou la paroi rectale.

Le nombre de lambeaux ainsi enlevés sur toute la circonférence du vagin varie de six à huit pour les vagins très développés ; il faut descendre à quatre pour ceux qui sont plus étroits. Généralement, les sutures sont pratiquées avec de la soie fine et par points séparés.

Le fil entre d'un côté de la plaie, chemine dans les tissus situés sous la surface avivée, jusqu'au bord du côté opposé, qu'il traverse.

Les fils, placés d'avance sur chacun des avivements, ne sont serrés qu'à la fin de l'opération.

Si on fermait chaque plaie à mesure qu'elle est produite, la pose des fils et surtout l'affrontement des bords seraient rendus très difficiles.

Lorsque l'opération est terminée, on voit nettement que le vagin est réduit à un cylindre creux pouvant à peine recevoir le doigt. Ce cylindre est formé par des lambeaux

de muqueuse vaginale et des lignes de sutures alternant l'une avec l'autre. A ce moment, le périnée est déjà très rétréci au niveau de la fourchette. Si l'on trouve que le plan périnéal n'est pas assez épais ou assez résistant, on peut pratiquer une périnéorrhaphie complémentaire. Une mèche de gaze iodoformée enduite de vaseline boriquée est introduite dans le vagin.

Soins consécutifs. — Pendant douze jours la gaze est renouvelée tous les trois jours. La malade ne doit être sondée que si la vessie ne peut se vider d'elle-même.

Après le quatrième jour, la malade est purgée.

Vers le douzième, les fils sont enlevés en partie et la cavité vaginale nettoyée avec soin. Les fils profonds sont encore laissés pendant trois ou quatre jours.

Lorsque toutes les lésions produites par l'opération sont réparées, ce qui a lieu vers le vingtième jour, on constate que la cavité vaginale est constituée par un cylindre de longueur variable, mais ayant au moins 5 à 6 centimètres, et qui reçoit à peine un instrument de la grosseur du pouce. Le vagin, ordinairement mobile et sans consistance, est transformé en une solide enveloppe.

VI

COLPO-PÉRINÉORRHAPHIE

Indications. — Cette opération, qui a pour but de rétrécir à la fois la paroi postérieure du vagin et la vulve, est indiquée dans la plupart des cas de prolapsus des organes génitaux et dans certains cas de fistules fécales (vagino-anales). Elle peut également trouver une application dans le traitement de la déchirure incomplète du périnée, car il y a une grande similitude entre le relâchement du périnée et sa déchirure.

Différents procédés peuvent être employés avec un égal avantage.

Celui de Hegar est le plus usité.

Le procédé de Martin, qui peut également être appliqué dans tous les cas, trouve une indication spéciale quand la déchirure est unilatérale et que le raphé médian de la paroi postérieure du vagin est intact.

Le procédé de Doléris est surtout indiqué dans le prolapsus *vaginal* provoqué par la béance de la vulve sans abaissement notable de l'utérus.

Procédé de Hegar

Technique. — Les préparatifs ne diffèrent guère de ceux qui ont déjà été indiqués à propos de l'amputation du col (p. 27). Il faut veiller également à l'asepsie complète du rectum.

A cet effet, avant de commencer l'opération, un des aides lavera le rectum à l'eau boriquée et se désinfectera soigneusement après.

La colpo-périnéorrhaphie doit être toujours précédée de curettage dirigé contre l'endométrite qu'engendre presque constamment le prolapsus.

L'hypertrophie du col, l'endométrite cervicale invétérée exigent souvent l'amputation du col, la cystocèle réclame la colporrhaphie antérieure.

Ces opérations, si elles sont jugées nécessaires, doivent précéder la colpo-périnéorrhaphie dans l'ordre où nous les avons mentionnées.

Pour exécuter le procédé de Hegar, on attire avec des pinces la paroi postérieure du vagin, on la fait saillir au besoin avec deux doigts introduits dans le rectum et on se rend compte de l'étendue de l'avivement qu'il y aurait à faire. On lui donne la forme d'un triangle isocèle dont l'angle supérieur sera situé à 7 centimètres environ de la fourchette et les deux angles latéraux à l'extrémité inférieure des petites lèvres, limitant ainsi un espace de 6 à 8 centimètres.

L'étendue de l'avivement étant déterminé, on fait écarter les lèvres par deux aides. L'un d'eux soulève en même temps la paroi antérieure du vagin avec une valve. On saisit ensuite la muqueuse de la paroi postérieure du vagin avec des pinces monogriffes aux points qui doivent correspondre aux trois angles.

Deux autres pinces sont placées au milieu des côtés du triangle.

La valve antérieure est ensuite enlevée et la paroi postérieure est attirée et étalée par les pinces confiées aux aides. Avec un bistouri bien tranchant on relie ces points de repère en incisant la muqueuse vaginale dans toute son épaisseur.

On fait les deux côtés du triangle légèrement convexes

en dedans vers la ligne médiane, et la base convexe en dehors reproduisant à peu près le contour de la partie inférieure de l'orifice vulvaire (fig. 26). La dissection du lambeau triangulaire se fait avec un bistouri aidé de tractions exercées sur les parties déjà détachées de la muqueuse.

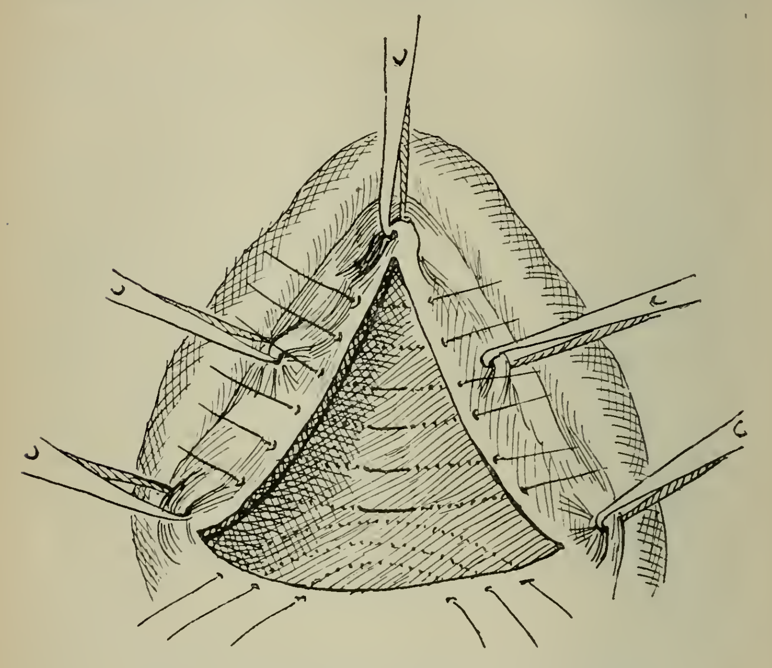


Fig. 26. — Colpo-périnéorrhaphie ; procédé de Hegar.

Quand la cloison recto-vaginale est mince, il faut redoubler d'attention pour ne pas la blesser ; deux doigts seront utilement introduits, à cet effet, dans le rectum. L'avivement terminé, on le régularise avec des ciseaux courbes pour ne laisser aucun fragment de tissu cicatriciel, ni aucun îlot de muqueuse.

L'irrigation continue avec une solution chaude d'acide phénique à 1 p. 100, rend de grands services durant cette dissection.

Quand la plaie n'est pas trop large et qu'il est possible de faire cheminer l'aiguille courbe au-dessous de toute la surface cruentée, on place des sutures à points séparés en allant de haut en bas.

Hégar les fait avec des fils d'argent et entre les sutures profondes il passe des points superficiels. Les fils de soie, les crins de Florence et le catgut peuvent également être employés.

Nous nous servons de ce dernier fil pour les sutures vaginales et de crins de Florence pour les derniers trois ou quatre points qui traversent le périnée.

Dans les cas de très larges avivements, la suture continue au catgut à étages sera préférable.

Le vagin est enfin irrigué pour la dernière fois et tamponné à la gaze iodoformée qu'on ne retire qu'au bout de trois jours. La malade reçoit ensuite tous les matins une injection de sublimé à 1 p. 2.000 pendant quinze à vingt jours. Si la malade ne peut uriner seule, ce qui arrive habituellement les premiers jours qui suivent l'opération, on la sondera. En ville, nous préférons laisser une sonde à demeure pendant trois ou quatre jours.

La malade est constipée à l'aide de pilules à l'extrait thébaïque pendant les premiers quatre ou cinq jours. Une légère purge est administrée après ce délai et son effet doit être précédé d'un lavement.

On agit ainsi jusqu'à la réparation complète des lésions opératoires en constipant la malade pendant trois ou quatre jours et en la purgeant ensuite.

Quand le procédé de Hégar est employé pour une fistule recto-vésicale, on doit comprendre cette fistule dans l'avivement triangulaire et réunir ses bords par des sutures au catgut.

Procédé de A. Martin

Technique. — Les préparatifs, comme, du reste, les soins consécutifs, sont les mêmes que pour l'opération précédente.

Le procédé de Martin se compose de deux temps opé-

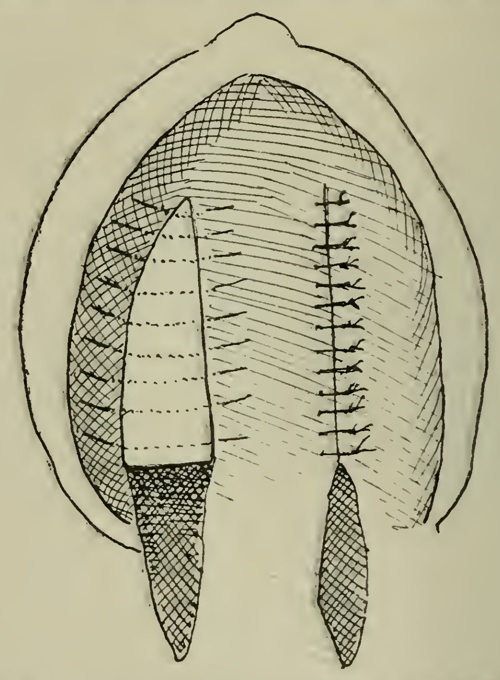


Fig. 27. — Colpo-périnéorrhaphie : procédé de A. Martin. Avivement bilatéral du vagin.

ratoires. Le premier est une double colporrhaphie latérale, le second est une variété de périnéorrhaphie.

La double élytrorrhaphie latérale est destinée à ménager le raphé médian qui présente la partie la plus résistante de la paroi postérieure du vagin. Dans ce but, la paroi postérieure étant attirée avec des pinces tire-balles,

on trace de chaque côté du raphé médian une incision de 5 à 6 centimètres de hauteur, s'arrêtant à 1 centimètre de la fourchette. On complète cette incision par deux autres qui limitent, de chaque côté du raphé, un lambeau trian-

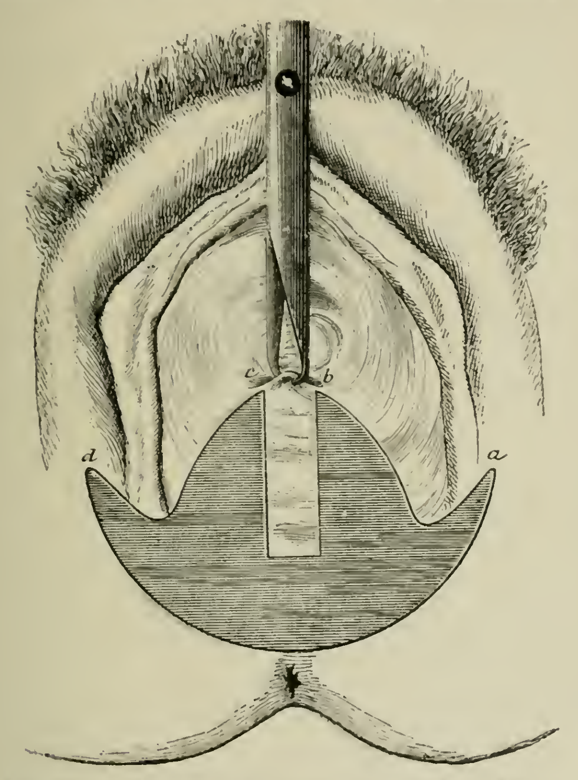


Fig. 28. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin. Ensemble de l'avivement.

gulaire à base inférieure qu'on dissèque (fig. 27). Les bords des deux surfaces cruentées ainsi obtenues sont réunis respectivement par une suture à points séparés au catgut.

Reste à exécuter le second temps opératoire : l'avivement périnéal au niveau de l'orifice vulvaire.

On trace une incision demi-circulaire un peu au-dessus

de la fourchette et, après avoir tranché le raphé médian, on la fait remonter sur les parois latérales jusqu'à la moitié de la hauteur de l'anneau vaginal.

Cette incision est reliée à angle aigu avec la base des

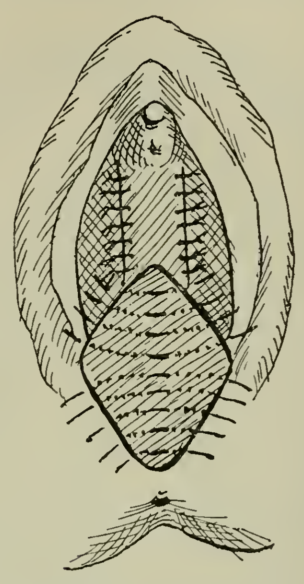


Fig. 29. — Colpo-périnéorrhaphie; procédé de A. Martin. Avivement périnéal subsistant après la colporrhaphie double.

lambeaux triangulaires disséqués précédemment (fig. 28), et limite ainsi un avivement en forme de losange (fig. 29).

On le dissèque avec un bistouri et on réunit ses bords par une suture continue au catgut à étages si la surface cruentée est très large ; ou à points séparés, au catgut également, dans le cas contraire.

Procédé de Doléris

Colpo-périnéoplastie par glissement.

Technique. — Ce procédé, dirigé surtout contre la béance

excessive et l'affaissement de la vulve, est destiné à relever cet orifice vers le vagin et à renforcer le périnée sans faire de sutures intra-vaginales.

A l'aide d'un bistouri, on trace une incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve à la limite de la muqueuse et de la peau (fig. 30).

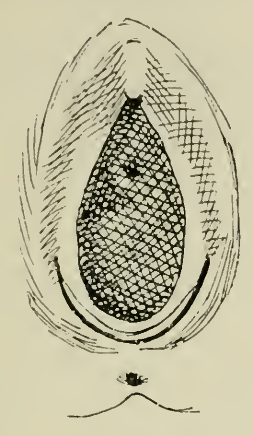


Fig. 30. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doleris. Incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve.

Le bord de la lèvre supérieure de l'incision est légèrement disséqué avec un bistouri, puis saisi avec une pince et décollé peu à peu avec l'index gauche jusqu'à la hauteur voulue.

Ce lambeau de la muqueuse vaginale va être réséqué, mais avant de le faire, on place trois points de suture au gros crin de Florence en leur imprimant un trajet en anse, comme le fait Emmet dans son procédé de périnéorrhaphie qui est décrit plus loin.

Le premier fil, conduit par une longue aiguille courbe, rentre un peu à gauche de la ligne médiane, chemine au-dessous de la surface cruentée, pénètre dans le lambeau vaginal à la limite extrême du décollement, se recourbe

en anse dans son épaisseur même ou dans le vagin, refait

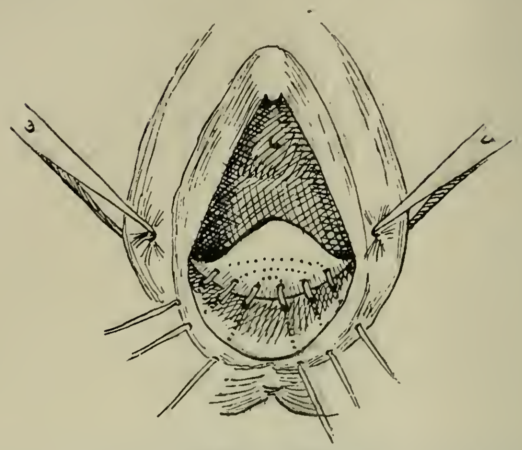


Fig. 31. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doléris. Décollement d'un lambeau vaginal; placement de trois points de suture.

le trajet en sens inverse, toujours au-dessous de la plaie,

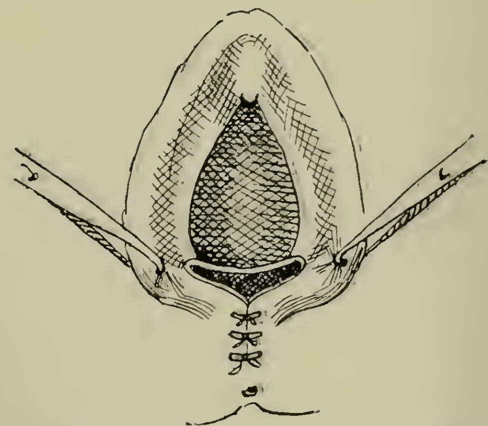


Fig. 32. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doléris. Le lambeau est sectionné; les fils sont serrés.

et sort finalement, un peu à droite de la ligne médiane, dans un point symétrique.

Les deux autres fils sont placés de même manière, mais un peu plus en haut et en dehors du premier (fig. 34).

Le lambeau muqueux est réséqué ensuite au-dessus des points de passage des fils après la ligature de ces derniers (fig. 32).

Les bords de l'incision cutanée sont ainsi réunis sur la

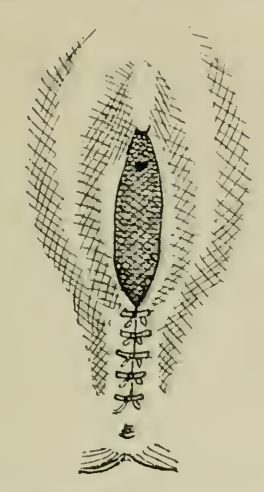


Fig. 33. — Colpo-périnéoplastie par glissement; procédé de Doléris. Sutures terminées.

ligne médiane, et l'orifice vulvaire sensiblement relevé vers le vagin.

Deux ou trois points de suture simple sont ordinairement nécessaires pour obtenir la fermeture complète de la plaie (fig. 33).

Mêmes soins consécutifs.

VII

CRÉATION D'UN VAGIN ARTIFICIEL

Indications. — Il peut être question de cette opération, qu'Amussat a exécutée le premier, dans deux cas différents : quand le vagin fait défaut en même temps que l'utérus et les ovaires, ou quand le vagin seul n'existe pas. Dans le premier cas, la création d'un vagin n'ayant d'autre but que de permettre l'accomplissement du coït, beaucoup de chirurgiens sont d'avis de la rejeter. Il est certain que l'absence de l'utérus rend l'opération très dangereuse.

N'étant pas guidé par la tumeur utérine, le chirurgien risque fort de s'égarer dans le décollement de la vessie et de la blesser ainsi que le rectum.

Nous pensons néanmoins, avec Le Fort, qu'il y a des circonstances où cette opération de complaisance ne doit pas être refusée : par exemple dans le cas où une femme atteinte de cette infirmité sexuelle s'est mariée sans la connaître. Nous avons été consulté dans une situation analogue par une jeune personne que nous avait adressée notre ami le docteur Eïd.

Quand, avec le défaut partiel ou total du vagin, l'utérus et les annexes sont bien développés, l'opération, au contraire, s'impose, afin de parer aux accidents de la rétention du sang menstruel (hématocolpos, hématométrie).

Premier cas. *L'appareil génital interne fait défaut en même temps que le vagin.* — On procède à l'antisepsie rigoureuse du rectum et de la vulve. Un doigt est introduit dans le rectum, une sonde est placée dans la vessie.

A l'aide d'un bistouri, on trace une incision tranversale au fond de la dépression vulvaire, à la limite de la vessie et du rectum.

Les ciseaux mousses et surtout l'index droit remplacent aussitôt l'instrument tranchant et on procède au décollement lent et souvent très laborieux. On crée ainsi, entre le rectum et la vessie, un canal de 6 à 8 centimètres de longueur qu'il reste maintenant à tapisser de tégument pour s'opposer à sa rétraction cicatricielle. On emprunte ces téguments à la peau et à la muqueuse voisines qu'on décolle et qu'on glisse au fond du vagin artificiel, où on les fixe par des sutures au catgut. Le canal est bourré de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les trois jours jusqu'à cicatrisation complète.

Malgré toutes les précautions pour assurer la vitalité de la greffe et en tapisser toute la cavité, on échoue souvent, et le nouveau vagin tend à se combler de nouveau.

Un pessaire Gariel ou un mandrin introduits dans la cavité peuvent rendre de grands services dans ces cas.

Richet remarque que la pratique quotidienne du coït contribue parfois, pour la meilleure part, au maintien de l'heureux résultat opératoire.

Deuxième cas. *L'appareil génital interne existe, le vagin seul faisant défaut.* — Si l'on a affaire à une athrésie hyménale ou rétro-hyménale, on fait une ponction au bistouri et on laisse s'écouler lentement la collection sanguine.

Ce n'est qu'après avoir obtenu ce résultat qu'on agrandit l'orifice. On nettoie ensuite la cavité avec les injections

antiseptiques sous faible pression et on tamponne le vagin à la gaze iodoformée.

S'il s'agit de l'athrésie d'une grande partie du vagin, on procède comme dans le cas de l'absence complète de cet organe.

La dissection est facilitée par la présence de la tumeur sanguine, qu'on sent par le rectum, derrière l'épais cordon fibreux. Arrivé au niveau de cette collection, on la ponctionne avec un trocart et on débride ensuite l'orifice avec un bistouri à lame étroite.

Mêmes soins consécutifs.

VIII

CURETTAGE

Indications. — *La rétention des débris du placenta* ou des membranes, qui se produit souvent après les avortements, réclame le curettage malgré l'avis contraire de quelques gynécologues qui préfèrent en pareil cas l'emploi du doigt à celui de la curette.

L'*endométrite exfoliatrice* (dysménorrhée membraneuse), la *métrite catarrhale*, la *métrite hémorragique* sont justiciables de cette opération après l'épuisement du traitement médical qu'on ne doit pas trop prolonger, si le succès tarde, de crainte de voir les lésions utérines se propager aux trompes.

La *métrite chronique* (endométrite interstielle, glandulaire, polypeuse) nécessite souvent, en même temps que le curettage, l'amputation du col.

La métrite blennorrhagique, au contraire, est aggravée par le curettage.

En dehors de ces affections, où cette opération est curative, elle peut être employée comme moyen palliatif dans le *cancer de l'utérus* et dans certaines *oophoro-salpingites*. En effet, quand le cancer du col a envahi le vagin, ou quand il s'est propagé en même temps à la vessie et au rectum, ou bien quand le cancer du corps de l'utérus s'est étendu au tissu cellulaire pelvien ou aux ligaments

larges, toute opération radicale, hystérectomie vaginale ou abdominale, devient impraticable.

Il ne faut songer alors qu'à diminuer les hémorragies et la leucorrhée fétide qui épuisent la malade. Dans ce cas le curettage, la destruction des fongosités sera tout indiqué. Il peut également être tenté au début des oophoro-salpingites provoquées par l'endométrite quand elle n'est pas accompagnée de péri-salpingite pouvant masquer une tumeur tubaire enkystée. Les manœuvres du curettage risqueraient fort, dans ces conditions, de rompre un pyo-salpinx méconnu et de tuer la malade.

Il peut enfin rendre quelque service dans les hémorragies provoquées par les fibromes de l'utérus, quand la cavité utérine n'est pas trop déformée (petites tumeurs interstitielles).

Il est contre-indiqué dans les fibromes sous-muqueux, dont il peut provoquer la gangrène.

Technique. — Mêmes préparatifs que pour l'amputation du col (p. 27), avec cette seule différence que, si on désire faire la dilatation préalable du col de l'utérus, il est indispensable d'y introduire au moins vingt-quatre heures d'avance une tige de laminaire soigneusement antiseptisée.

Certains cols rigides et étroits réclament même une dilatation plus longue, et deux tiges, placées à un intervalle de vingt-quatre heures, peuvent être nécessaires. Nous avons très rarement recours à ce moyen et procédons à la dilatation extemporanée au moment même de l'intervention, comme, du reste, le font la plupart des chirurgiens. La dilatation lente, à notre avis, a l'inconvénient d'être souvent très douloureuse, et de provoquer quelquefois des poussées aiguës d'endométrite. Nous ne lui trouvons aucune supériorité sur la dilatation extemporanée qui n'offre aucun inconvénient et évite à la malade une souffrance inutile.

Nous réprouvons également la pratique du curettage sans anesthésie générale (voyez p. 23).

En dehors de l'aide chargé du chloroforme, deux autres sont utiles. L'un, placé à gauche de l'opérateur, abaisse la fourchette avec une courte valve ; l'autre, placé à droite, irrigue le champ opératoire avec une longue canule en verre, passe les instruments, les tampons, etc. Au besoin, un de ces deux derniers aides peut être supprimé.

La toilette vulvo-vaginale terminée, les parois antérieure et postérieure du vagin étant écartées au moyen de valves, on saisit la lèvre antérieure du col avec une longue pince à quatre griffes affrontées et non chevauchantes. Les pinces tire-balles ont l'inconvénient de déchirer souvent les tissus pendant l'effort que nécessite l'abaissement de l'utérus.

La valve antérieure est alors définitivement retirée et le col est ramené aussi près que possible de l'orifice vulvaire. On passe dans la cavité utérine un hystéromètre pour s'assurer de nouveau de sa profondeur et de sa direction. Cette exploration terminée, on procède à la dilatation du col à l'aide d'un dilatateur métallique (fig. 34).

Nous nous servons de ceux de Sims ou de Huguier à trois branches, qui sont suffisamment puissants et très commodes. On peut également se servir de bougies de Hégar en gomme durcie, ou, ce qui est préférable, des mêmes bougies en métal nickelé.

On commence par un numéro assez faible pour pénétrer sans effort et on continue par des numéros supérieurs pour arriver graduellement à la dilatation suffisante qui s'obtient ordinairement avec le numéro 14 ou 15.

La curette est introduite alors et doit être dirigée jusqu'au fond de l'utérus.

Une curette à bords mousses, celle de Récamier-Pozzi ou de Reverdin à irrigation, par exemple, sont parfaite-

ment suffisantes pour racler la muqueuse malade dans l'endométrite. La curette tranchante pleine de Simon ou de Récamier, celle à boucle de Sims trouvent leur application dans le cancer du col ou du corps de l'utérus, où il

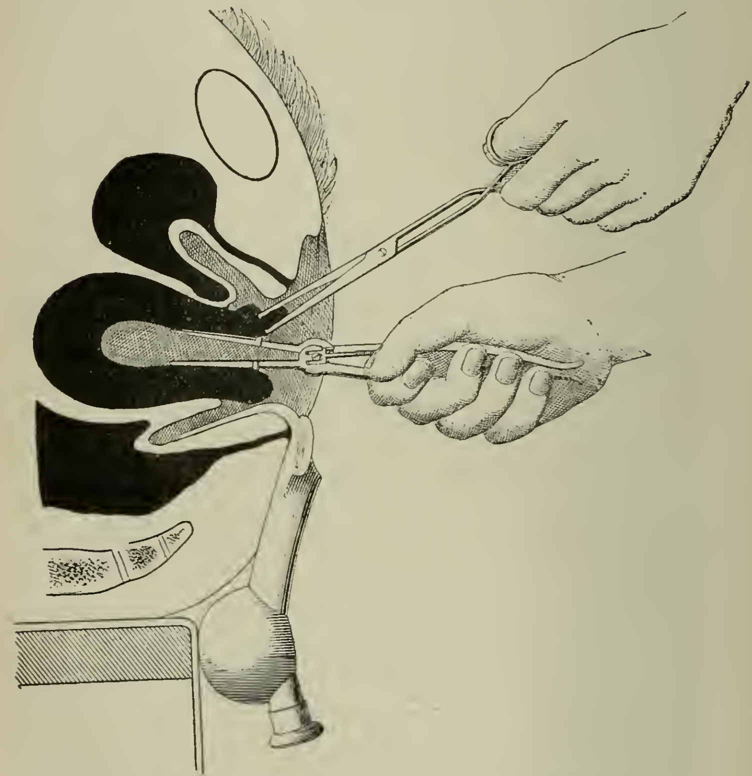


Fig. 34. — Curettage. Dilatation de l'utérus (Auvard).

s'agit d'attaquer des fongus volumineux et de détruire des végétations multiples.

Cette distinction étant posée en principe, nous nous empressons d'ajouter que l'usage de telle ou telle autre curette est, pour la plupart du temps, subordonné à l'habitude, à l'expérience acquise du chirurgien. Pour notre

part, en dehors du curettage post-puerpéral, nous nous servons toujours de la curette tranchante.

Il faut veiller seulement, dans tous les cas, à ce que la curette soit toujours tenue dans une direction oblique par

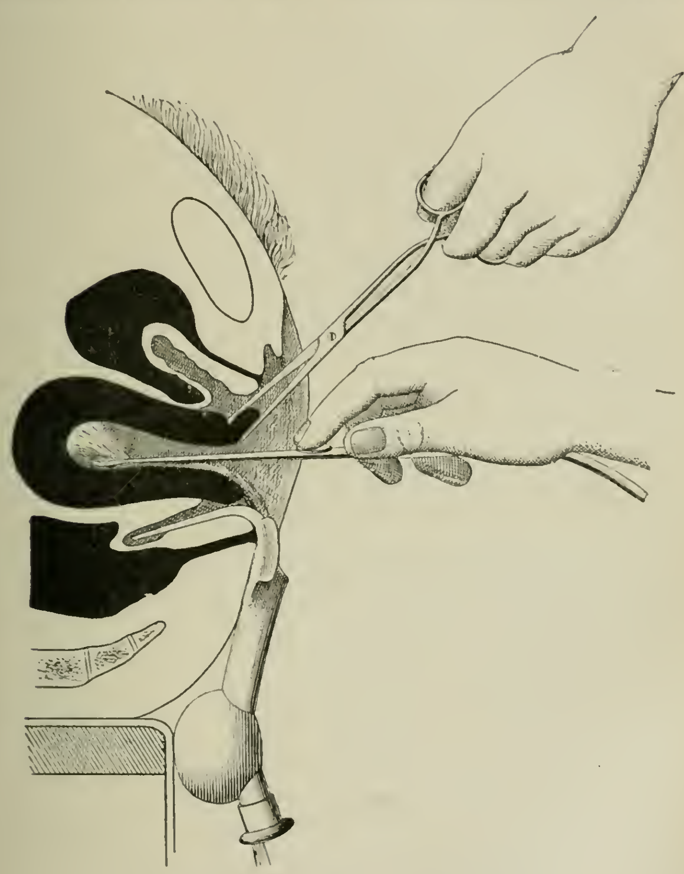


Fig. 35. — Curettage de la muqueuse utérine.

rapport aux parois utérines pour éviter la perforation de la matrice (fig. 35). Ce dernier accident peut, du reste, n'avoir aucune suite fâcheuse si l'opération est parfaitement antiseptique.

La curette doit parcourir méthodiquement toute la surface de la cavité utérine, sa face antérieure, sa face postérieure, les bords latéraux, les angles et le fond.

On repasse au moins deux fois aux mêmes endroits et on ne cesse le grattage que lorsqu'on entend nettement le cri utérin. Ce temps opératoire a une importance capitale et nombre d'insuccès doivent être attribués à un curettage incomplet. La curette, ayant été ensuite retirée et nettoyée dans l'eau phéniquée forte, est réintroduite dans l'utérus, où encore une fois on lui fait parcourir toute la surface sans omettre aucun recoin. Ceci fait, on la retire définitivement et on la remplace par une sonde intra-utérine. Il existe plusieurs modèles de cette sonde, ceux de Collin, Bozeman-Fritsch, Budin, etc. Nous nous servons de celle de Doléris ; elle assure le retour facile du liquide grâce à ses deux branches creuses qu'on écarte à volonté au moyen d'un pas de vis.

On fait passer un quart ou un demi-litre d'eau phéniquée chaude à 1 p. 100. La cavité utérine étant ainsi débarrassée des caillots et des lambeaux de muqueuse, est badigeonnée fortement avec une solution de glycérine créosotée à parties égales. Ce badigeonnage est fait avec l'écouvillon de Doléris, constitué par des crins implantés perpendiculairement autour d'une tige en laiton. Beaucoup de chirurgiens se contentent d'employer simplement un morceau d'ouate hydrophile ou une bandelette de gaze iodoformée, enroulés autour d'un hystéromètre ou d'une pince à bords plats et étroits.

Pour préserver le vagin de l'action caustique, on le garnit préalablement de tampons. Il doit être irrigué en ce moment à plein jet.

Quelques gynécologues remplacent le badigeonnage par des injections intra-utérines à la teinture d'iode ou au perchlorure de fer. Elles se font à l'aide de seringues spéciales, comme celle de Braun, de Collin, etc. On intro-

duit la canule jusqu'au fond de l'organe et on la retire en continuant l'injection de manière à atteindre, avec le liquide, toute la surface de l'utérus et la muqueuse du col.

Dans le cancer du col, le curettage doit être suivi de cautérisation au fer rouge avec les cautères olivaires ou en roseau.

Après l'écouvillonnage, une nouvelle irrigation intra-utérine entraîne l'excès du caustique et les débris de la muqueuse.

Pendant le raclage, on observe souvent une gène subite dans les mouvements de la curette, comme aussi on éprouve quelquefois de la peine à réintroduire la sonde intra-utérine. Cela est dû au curettage lui-même qui excite les fibres musculaires de l'utérus et provoque sa rétraction. On s'en rend maître en réintroduisant le dilatateur.

Quelques gynécologues ne drainent pas la cavité utérine et se contentent de placer un tampon de gaze iodoformée au fond du vagin.

Nous avons l'habitude, d'accord en cela avec un grand nombre de chirurgiens, d'introduire dans l'utérus, à l'aide d'une longue pince à bords plats, une mèche de gaze iodoformée. On retire ensuite la pince fixatrice, on remet en place l'utérus et on tamponne mollement le vagin à la gaze iodoformée.

Les pansements utérin et vaginal sont retirés au bout de quarante-huit heures et la malade reçoit ensuite, matin et soir, une injection vaginale au sublimé à 1/2000 pendant quinze jours. Dans le cas où l'on constaterait le début d'une salpingite concomitante, il sera utile d'administrer à la malade de quatre à six injections intra-utérines de teinture d'iode, une tous les deux ou trois jours.

Elle peut ordinairement quitter le lit huit jours après l'opération, mais doit s'abstenir encore de toute fatigue au moins pendant une semaine.

IX

DÉBRIDEMENT DE LA VULVE

Indications. — Le débridement de la vulve est indiqué dans le cas de vaginisme rebelle à tout traitement médical. L'opération, imaginée par Pozzi et communiquée par cet auteur au XIe Congrès des sciences médicales de Rome : *Débridement de la vulve et éversion de la muqueuse vaginale*, nous paraît supérieure à la *Section du sphincter vaginal* de Sims. Les résultats de cette dernière sont loin d'être toujours satisfaisants ; elle peut, du reste, être remplacée par la simple dilatation forcée du constricteur vaginal, comme on le fait pour le sphincter anal.

Technique. — Pozzi décrit ainsi le manuel opératoire de son opération :

« La malade, étant anesthésiée, on fait d'abord l'excision de l'hymen avec des ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec les doigts. Ensuite on pratique, à droite et à gauche, une incision latérale à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire.

Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépasse un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et forme avec elle une croix. Elle met à nu les fibres du constrictor Cuni et divise leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres ; on dissèque les lèvres de la plaie, de façon à produire

leur écartement, on donne ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire. On réunit alors la plaie opératoire, de manière à obtenir une ligne de suture qui croise perpendiculairement la direction de l'incision primitive et qui se trouve reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen marquant l'orifice primitif de la vulve ; la suture a attiré la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision qu'on a faite au commencement. On voit qu'on fait ainsi de chaque côté de la vulve une sorte de débridement sagittal suivi de suture transversale. On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire aux frottements du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes.

La suture des deux grandes incisions doit être faite au crin de Florence ou au fil d'argent et porter uniquement sur la muqueuse. Le premier fil que l'on place réunira l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure de l'incision première. On réunit par un surjet de catgut les petites plaies résultant de l'excision de l'hymen qui débordent les sutures précédentes. »

La SECTION DU SPHINCTER VAGINAL, préconisée par Sims et Debout, peut être faite à ciel ouvert ou bien être sous-cutanée.

La malade étant anesthésiée, on excise l'hymen avec des ciseaux courbés. Puis on fait, avec le bistouri, de chaque côté de la fourchette, une incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors ayant 4 à 5 centimètres de longueur et 2 centimètres de profondeur. La couche musculaire située au niveau de l'entrée du vagin étant ainsi divisée, on procède de suite à la dilatation forcée à

l'aide des deux pouces introduits dans l'orifice vaginal. La vulve est maintenue fortement distendue pendant deux ou trois minutes et est ensuite tamponnée avec de la gaze iodoformée. Sims enlevait le tampon vingt-quatre heures après et pratiquait pendant plusieurs semaines une dilatation méthodique en se servant de bougies ou de dilatateurs spéciaux.

Hegar, Charrier, Sutugin se bornent à pratiquer avec les doigts une simple dilatation forcée, après avoir excisé, s'il y a lieu, l'hymen. En écartant aussi fort que possible l'orifice vaginal on obtient une rupture ou, au moins, une dilatation notable des fibres musculaires qui doublent l'anneau inguinal, sans occasionner aucune plaie sur la muqueuse.

Tamponnement vulvo-vaginal à la gaze iodoformée.

X

ÉLYTROTOMIE

Indications. — Quelques chirurgiens l'emploient contre les *rétrodéviations utérines adhérentes*, dans le but de libérer l'utérus de ses adhérences à travers la boutonnière faite dans le cul-de-sac postérieur.

On la pratique surtout dans les cas d'*abcès pelvien*, d'*abcès des ligaments larges*, de *pelvi-péritonite post-puerpérale* ou post-abortive, les annexes étant saines ou peu altérées. Elle donne souvent dans ces cas d'excellents résultats, quoiqu'elle ne permette pas, comme la laparotomie, l'extirpation de la poche.

Dans les *hématocèles pelviennes* l'expectation est de règle, la résorption lente de la collection sanguine pouvant se faire spontanément. Mais si les phénomènes de compression ou d'inflammation mettaient la vie de la malade en danger, l'élytrotomie s'imposerait.

Elle peut aussi être tentée dans la *grossesse extra-utérine*, surtout si l'enfant est mort et se trouve profondément engagé dans l'excavation.

Mathieson l'a faite une fois avec succès pour un enfant vivant.

Certains *kystes fœtaux* anciens, suppurés, qui proéminent du côté du vagin réclament également cette opération.

Technique. — En règle générale, quand il s'agit d'une

collection pelvienne, l'incision du cul-de-sac postérieur doit être faite suivant le grand axe de la tumeur qui proémine dans la cavité vaginale, tout en évitant de s'écarter trop de la ligne médiane, de crainte de blesser les uretères.

L'incision peut être transversale, comme dans le procédé de Laroyenne (élytrotomie transversale), ou verticale, d'avant en arrière (élytrotomie interligamentaire). La méthode de Laroyenne ne vise que les collections pelviennes, l'élytrotomie interligamentaire s'adresse en plus aux rétrodéviations utérines.

Dans les deux procédés les préparatifs sont ceux de toute opération portant sur le vagin. Le rectum doit être également antiseptisé à l'aide d'un lavement boriqué.

La malade, anesthésiée au chloroforme ou à l'éther, est placée dans la position dorso-sacrée, le siège fortement relevé.

On s'assure par le toucher rectal des rapports de la collection avec le rectum. Le cathétérisme vésical peut être utile dans certains cas pour préciser les limites de la vessie.

Dans *l'élytrotomie transversale par la méthode de Laroyenne* on commence par ponctionner le cul-de-sac postérieur avec un gros trocart spécial. Il est conduit sur l'index et le médius de la main gauche introduits dans le vagin et doit pénétrer dans le Douglas en arrière d'une ligne rasant l'insertion du vagin sur le col.

Si la poche est médiane on a vite la sensation de résistance vaincue qui avertit de la pénétration du trocart dans la collection ; mais, si elle siège sur les côtés de l'utérus, il est nécessaire, une fois le cul-de-sac postérieur ponctionné, toujours à l'endroit indiqué, de diriger l'instrument dans tel ou tel autre sens pour arriver à effondrer la collection.

Le trocart est alors retiré et la canule, restée en place, laisse couler le liquide pathologique.

Cette canule présente une rainure dans la moitié de sa longueur, ce qui permet de conduire sûrement jusque dans la poche un métrotome de Simpson. On enlève la canule, on ouvre le métrotome, en donnant à ses branches un écartement de 6 à 8 centimètres au plus, et on le retire ainsi ouvert, de manière à inciser, en même temps que la poche, le cul-de-sac postérieur dans le sens transversal.

Un ou deux doigts introduits à travers cette boutonnière explorent le foyer, recherchent les poches secondaires souvent accolées à la collection principale et arrivent la plupart du temps à les rompre. Dans le cas contraire, on aura de nouveau recours au métrotome.

La poche est ensuite lavée avec une solution de permanganate de potasse à 1/1000 ou d'acide phénique à 1/100 sous faible pression.

Laroyenne arrête l'hémorragie due au débridement transversal par l'introduction dans la plaie, après le lavage, d'une éponge élastique à mailles fines, saupoudrée d'iodoforme et munie d'un fil.

A l'aide d'une longue pince, elle est placée à cheval sur la plaie, la partie postérieure dans la collection ouverte, la partie antérieure dans le vagin. Un tampon de gaze iodoformée fortement tassé peut remplir le même office.

Ce premier pansement est retiré au bout de quarante-huit heures et est remplacé par une mèche de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les quatre ou cinq jours.

Si la sécrétion est abondante, et surtout, s'il se manifeste des signes de résorption septique, on fait dans la poche, matin et soir, un lavage sous une très faible pression à l'aide d'une sonde à double courant.

Nous préférons, en général, mettre un drain deux jours après l'opération.

La méthode de Laroyenne (débridement transversal)

que nous venons de décrire, expose davantage à la blessure les anses intestinales souvent agglutinées dans le cul-de-sac de Douglas, les uretères et les gros vaisseaux, que l'*élytrotomie interligamentaire* à incision médiane, verticale.

Nous donnons la préférence à cette dernière, parce qu'en outre elle ne demande qu'une instrumentation peu compliquée (un bistouri ordinaire suffit à la rigueur) et qu'elle

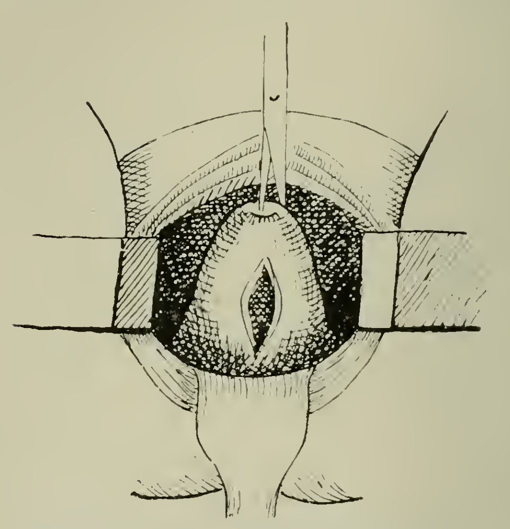


Fig. 36. — Elytrotomie interligamentaire.
Incision du cul-de-sac postérieur du vagin.

assure le drainage parfait grâce à un double drain en croix.

La technique en est bien simple.

Une large valve déprime la fourchette. Deux écarteurs latéraux peuvent, au besoin, être également placés.

On saisit la lèvre postérieure du col avec une pince à griffes confiée à un aide qui la tire fortement en haut.

On sent alors les deux ligaments utéro-sacrés tendus comme deux cordes de chaque côté du cul-de-sac postérieur.

C'est dans la dépression qui se trouve dans leur intervalle qu'on pratique l'incision (fig. 36).

Elle est faite à 1 centimètre au-dessous de l'insertion du vagin sur le col et doit descendre verticalement sur la ligne médiane dans une étendue de 4 à 6 centimètres. L'index de la main gauche introduit dans le rectum le préserve contre la blessure du bistouri.

On passe un ou deux doigts à travers la boutonnière faite au Douglas pour dilacérer les poches secondaires ou pour libérer l'utérus de ses adhérences, si c'est dans ce but que l'opération a été faite.

On introduit ensuite un drain qui permettra l'écoulement facile des liquides et servira aux irrigations. Il soutiendra en même temps l'utérus, ce qui est très avantageux dans l'élytrotomie pour rétrodéviations utérines, afin d'empêcher les adhérences de se reformer. Il faut employer un drain double en croix, formé de deux tubes en caoutchouc de 10 centimètres environ de longueur et croisés à l'une de leurs extrémités par un autre tube long de 4 à 5 centimètres. On l'introduit dans le Douglas entre les mors d'une longue pince qui maintient repliées les branches transversales du drain.

Quelques points de suture à la soie ferment la plaie vaginale et enserrent le drain.

Un lavage de la cavité et un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée terminent l'opération.

Des irrigations quotidiennes seront faites avec un liquide antiseptique, suivies de lavages avec une solution neutre (sel marin à 7/1000) aussi longtemps que le drain donne passage au pus. Le drain sera retiré ensuite et remplacé par la gaze iodoformée jusqu'à la rétraction complète de la poche.

Si l'opération s'adresse aux adhérences de l'utérus, deux ou trois lavages suffiront pour tarir le suintement séro-sanguinolent, et le drain est retiré au bout de huit jours.

Quant l'élytrotomie est pratiquée pour *grossesse extra-utérine*, on incise le cul-de-sal postérieur dans un endroit où on ne sent pas les pulsations artérielles. Cet orifice est ensuite débridé et agrandi avec les doigts introduits en cône jusqu'à ce que la main y puisse passer tout entière. On saisit le pied qu'on amène à la vulve, et à sa suite on dégage peu à peu le reste du corps. Le cordon est coupé à ce moment et on procède au décollement du placenta. S'il est adhérent, on l'abandonne et on irrigue la cavité avec une solution de naphtol β. Pinard fait ensuite des injections fréquentes qu'on peut remplacer par des tampons de gaze iodoformée s'il ne se manifeste pas de signes d'infection putride.

XI

ÉNUCLÉATION DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

INDICATIONS. — L'énucléation des fibromyomes par la voie vaginale, imaginée par Velpeau et exécutée pour la première fois par Amussat, dont elle porte le nom, doit être réservée pour les corps fibreux de petit volume. Elle est alors une opération inoffensive, qu'il ne faut pas confondre avec la myomotomie vaginale par morcellement, préconisée par notre regretté maître Péan.

Les fibromes justiciables de l'énucléation à proprement parler peuvent être rangés dans quatre catégories :

1° Ceux de la portion vaginale du col, fibromes intra-vaginaux ;

2° Ceux de la portion sus-vaginale du col et qui se trouvent très près du vagin. Ce sont des fibromes pelviens ou sous-aponévrotiques, nés de la portion sus-vaginale du col et développés dans le tissu cellulaire du bassin, sous l'aponévrose sacro-recto-génitale ;

3° Ceux de la face antérieure et postérieure de l'utérus, juxta-vaginaux, fibromes sous-péritonéaux ;

4° Enfin, ceux de la cavité utérine, fibromes sous-muqueux ou interstitiels placés très près de la muqueuse.

L'énucléation abdominale intra-péritonéale ne s'applique qu'aux fibromyomes interstitiels à évolution abdominale, bien encapsulés et à noyau unique. C'est alors une

opération conservatrice excellente, à condition qu'il n'existe point d'autres fibromes dans l'utérus.

L'opportunité de ces opérations est déterminée dans chaque cas par l'intensité des phénomènes morbides que provoque la présence des fibromes même de petit volume : métrorragies fréquentes ; douleurs dues à l'irritation du péritoine (fibromes sous-péritonéaux) ; coliques occasionnées par les contractions utérines (fibromes sous-muqueux) : symptômes de compression des nerfs (névralgies) : des vaisseaux (œdème des membres inférieurs, accidents hémorroïdaires) ; de la vessie (accidents urémiques) et du rectum (constipation opiniâtre, coprostase).

Technique. — Les soins préliminaires sont ceux de toute opération gynécologique par la voie vaginale ; anesthésie générale ; position dorso-sacrée, les jambes soutenues par les tiges surmontées de sous-cuisses.

Deux aides écartent à l'aide de valves les parois vaginales. L'un abaisse en même temps l'utérus en déprimant l'hypogastre, l'autre pratique l'irrigation continue du champ opératoire.

Le toucher rectal, le cathétérisme vésical peuvent être utiles dans certains cas pour apprécier les rapports de la tumeur avec les organes voisins. L'utérus est fixé par une pince de Museux.

Quand il s'agit de *fibromes de la portion vaginale du col*, qui sont ordinairement séparés de leur capsule par un tissu cellulaire lâche, l'énucléation en totalité de la tumeur ne présente point de difficulté. On n'a qu'à inciser avec un bistouri jusqu'à la tumeur et l'énucléer à l'aide du doigt ou d'une spatule. Dans le cas contraire, on facilitera la décortication en détachant la tumeur par fragments. Le corps fibreux étant très peu vasculaire, on aura rarement besoin de laisser à demeure quelques pinces hémostatiques. Si après l'énucléation la plaie est nette, on la

suturera ; si elle ne paraît pas propre à la réunion primitive, on la tamponnera à la gaze iodoformée.

Les fibromes de la portion sus-vaginale du col, ceux de la face antérieure ou postérieure du corps de l'utérus qui proéminent dans le cul-de-sac de Douglas ou s'insinuent entre l'utérus et la vessie sont également facilement énucléés.

Pour décortiquer ces fibromyomes juxta-vaginaux, on pratique une incision jusqu'à la tumeur dans le cul-de-sac vaginal correspondant.

On la saisit avec une forte pince de Museux et on la détache comme dans le cas précédent. L'hémostase étant faite, on suture, si possible, la plaie ainsi que l'incision vaginale.

Le vagin est bourré de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les deux jours jusqu'à la réunion parfaite, qui s'obtient ordinairement au bout de huit à dix jours.

Quand les fibromyomes dédoublent partiellement la cloison recto-vaginale, on peut les énucléer par le périnée (périnéotomie transversale, p. 302).

Quand ils se développent du côté des ligaments larges, on doit redoubler de précautions pour éviter de léser les gros vaisseaux ou les uretères.

L'énucléation des *corps fibreux sous-muqueux ou interstitiels* situés très près de la muqueuse, nécessite tout d'abord une large dilatation du col. On l'obtient en faisant passer dans le canal cervical des tiges de laminaire ou des bougies de Hegar.

Si l'on n'arrive pas à se frayer un passage suffisant par ces moyens, on aura recours à l'incision bilatérale du col ou à des incisions multiples, à l'exemple de Chrobak. Quand la tumeur est devenue accessible, on incise sa capsule aussi largement que possible. A l'aide des doigts, de spatules, ou d'énucléateurs de Pozzi ou de Sims, on la décortique alors tout en l'attirant avec une forte pince

à griffe. Reste maintenant à l'extraire, ce qui exige souvent un morcellement assez laborieux.

Quand la tumeur est volumineuse, le morcellement est néanmoins bien préférable à des tractions excessives qui peuvent occasionner l'inversion de l'utérus. L'ablation doit être complète pour éviter l'inflammation ou la gangrène des fragments abandonnés. On fera des injections antiseptiques fréquentes intra-utérines, si pareil accident arrivait. La tumeur énucléée, on régularise la plaie avec les ciseaux, on la lave avec une solution chaude d'acide phénique à 1/100, on suture les incisions du col et on le tamponne, ainsi que le vagin à la gaze iodoformée.

Après l'opération, quelques injections hypodermiques d'ergotine sont parfois utiles pour provoquer les contractions utérines.

Atlee, Sims, Duncan, Kustner conseillent l'énucléation par morcellement en plusieurs séances. Vulliet la préconise en deux temps : incision de la capsule d'abord, énucléation quelques jours après. Ces méthodes ne présentent aucun avantage et ne sont pas exemptes de dangers (inflammation, gangrène des fragments).

Lorsque le *fibromyome à évolution abdominale* est unique, on peut l'énucléer par cette voie et conserver ainsi l'utérus. Les préparatifs sont ceux de toute laparotomie (p. 218). On pratique l'ouverture de l'abdomen en faisant une incision sur la ligne blanche jusqu'au pubis. Dans la partie inférieure on redoublera d'attention pour ne pas blesser la vessie, souvent allongée au-devant de la tumeur. L'utérus est attiré hors de l'abdomen et placé sur les compresses. Un lien élastique, un tube, ou un cordon plein en caoutchouc, est appliqué autour du col et est maintenu par une forte pince. On incise longitudinalement le tissu utérin jusqu'à la tumeur, on la décortique et on suture au catgut la paroi utérine. Si au cours de l'opération on avait ouvert la cavité de l'utérus.

on la fermerait par quelques points de suture sur la muqueuse. Dans les cas où cette ouverture serait trop considérable, on se contenterait de suturer seulement la paroi utérine du côté du péritoine et on drainerait l'utérus avec un drain en croix passé dans le vagin à travers le col.

Avant d'appliquer définitivement les sutures, on s'assurera de l'hémostase et on enlèvera le lien élastique.

Toilette du péritoine. Fermeture de l'abdomen (voyez *Laparotomie*).

XII

EXTIRPATION DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

Indications. — Elle constitue le seul véritable traitement des bartholinites chroniques, des abcès et des kystes de cette glande qu'on désigne également sous le nom de glande vulvo-vaginale, glande de Cowper, de Duverney.

C'est aussi le traitement de choix des fistules qui succèdent souvent à l'évacuation spontanée des abcès.

Technique. — Antisepsie de la vulve, du vagin et du rectum. Position dorso-sacrée. Certains kystes superficiels peuvent être extirpés en anesthésiant la région avec les injections hypodermiques de cocaïne. La chloroformisation est indiquée dans la généralité des cas.

Lorsqu'on est en présence d'un abcès de la glande, on trace sur la muqueuse une incision de haut en bas, à quelques millimètres en dedans du bord libre de la lèvre, et parallèlement à lui. Dans les abcès granuleux on ne doit pas omettre de ponctionner ensuite les petites poches secondaires correspondant aux lobules de la glande. Le pus est évacué. A l'aide des ciseaux courbes on procède alors à l'extirpation complète de la glande en excisant toute la surface de la poche. On pince les vaisseaux qui donnent, on lave la plaie à l'eau phéniquée forte et on la tamponne fortement à la gaze iodoformée. Une mèche de

même gaze est placée dans le vagin, et, si on a constaté une fistule aboutissant au rectum, on en introduira une nouvelle mèche dans cet organe. Le tout est couvert d'une épaisse couche de coton et maintenu par un bandage en T.

Les soins consécutifs consistent à renouveler la gaze tous les deux jours jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. Pour empêcher les liquides vaginaux de venir au contact de la plaie, on remettra dans le vagin, à chaque pansement, une mèche de gaze antiseptique. On administre à la malade du salol à petites doses, si l'urine est irritante.

Quand il s'agit d'extirper une bartholinite chronique ayant donné naissance à des écoulements fistuleux, on pourra tenter la réunion immédiate par sutures au catgut. à étages superposés.

L'extirpation des kystes de la glande vulvo-vaginale se fait de la même manière. Après la dissection au bistouri, les lèvres de la plaie seront rapprochées par des points de suture, et, au besoin, on y laissera pour un ou deux jours une petite mèche de gaze iodoformée. Pozzi, pour faciliter la dissection, ponctionne d'abord le kyste avec un trocart à hydrocèle, le vide, le lave à l'eau chaude, puis y fait couler du spermaceti dissous au bain-marie. Quand la poche est ainsi distendue, on l'entoure de glace pilée, et au bout de quelques minutes on obtient une masse dure qu'il est très facile d'extirper rapidement, avec la simple anesthésie par le froid et les injections de cocaïne.

XIII

EXTIRPATION DES POLYPES

Indications. — C'est le mode de traitement le plus rationnel aussi bien des polypes muqueux que des polypes fibreux, qu'ils soient intra-vaginaux ou intra-utérins.

Les hémorragies incoercibles que provoquent même les polypes de très petit volume, les douleurs qu'ils occasionnent, la gangrène de la tumeur, sont autant d'indications opératoires.

Technique. — Antisepsie vulvo-vaginale. Position dorso-sacrée. On peut souvent se passer d'anesthésie générale pour les polypes muqueux et fibreux intra-vaginaux. Les corps fibreux pédiculés intra-utérins la réclament, au contraire, toujours.

Une valve périnéale et une valve pubienne découvrent le col qu'on fixe par une pince de Museux.

Quand il s'agit d'un *polype muqueux*, on le saisit le plus près possible de son insertion sur la muqueuse avec une pince à pansement utérin à mors cannelés, et on lui imprime un mouvement de rotation sur son axe. Cette torsion suffit ordinairement pour arracher le polype, sinon, un coup de ciseaux aidera à le détacher.

Le point d'implantation du polype est cautérisé au perchlorure de fer ou au thermocautère ; le col et le vagin sont tamponnés à la gaze iodoformée.

Les *polypes fibreux intra-vaginaux* sont extirpés de la même manière. On abaisse la tumeur le plus possible pendant qu'un aide s'assure avec une main appuyée sur l'hypogastre, qu'il n'y a pas d'inversion de l'utérus. On glisse deux doigts de la main gauche le long du pédicule, et, après lui avoir imprimé un mouvement de rotation, on le sectionne à petits coups de ciseaux courbes introduits le long de ces doigts.

Lorsqu'un fibrome pédiculé de grandes dimensions obstrue tout le vagin, on diminue son volume en l'évidant par ablation de tranches conoïdes jusqu'à ce que l'on puisse atteindre le pédicule avec les doigts et le sectionner.

Ce morcellement est de beaucoup préférable au débridement de la fourchette et à la section du périnée, que préconisent quelques chirurgiens.

Irrigation chaude de l'utérus, tamponnement de sa cavité et du vagin à la gaze iodoformée.

Quand on a affaire à un *polype intra-utérin*, il faut tout d'abord dilater largement l'orifice cervical, et, si cela ne suffisait pas, débrider bilatéralement le col jusqu'à l'insertion vaginale. La tumeur devenue accessible, on procède comme pour un polype intra-vaginal.

Ordinairement l'hémorragie provoquée par la section du pédicule est minime. Le tamponnement intra-utérin en aura, en tout cas, toujours raison.

Le curettage, destiné à guérir la métrite concomitante et à hâter l'involution de l'utérus distendu par la tumeur, complétera utilement l'extirpation des polypes.

Quelques injections d'ergotine peuvent également être faites dans ce dernier but.



XIV

FISTULES DU VAGIN

LEUR TRAITEMENT

A. — FISTULES URINAIRES

Les fistules urinaires présentent, d'après leur siège, les variétés suivantes : fistules vésico-vaginales, uréthro-vaginales, uretéro-vaginales, vésico-utérines (ou vésico-utéro-vaginales) et uretéro-utérines.

Indications. — Le moment le plus favorable pour opérer les fistules urinaires, occasionnées généralement par un accouchement laborieux, est entre la sixième et la huitième semaine après la délivrance. Semblablement, après un échec, on ne tentera une nouvelle intervention qu'au bout de deux ou trois mois.

La guérison spontanée des fistules est exceptionnelle et ne se produit qu'au début de leur formation dans la période de réparation des eschares. Passé un certain délai, quand le bord libre de son orifice est circonscrit par l'épithélium des deux muqueuses fusionnées, elles ne guérissent qu'au prix d'une opération.

L'intervention est indiquée et largement justifiée par l'état vraiment déplorable dans lequel se trouvent les femmes atteintes de cette infirmité.

Le supplice de se sentir toujours mouillées, l'odeur

urineuse pénétrante qui les poursuit, des excoriations pénibles dans le vagin, un état d'irritation de la vulve et de la partie supérieure des cuisses les amènent, du reste, elles-mêmes à réclamer le secours du chirurgien.

La crainte de voir l'inflammation se propager à tout l'appareil génito-urinaire (métrite, salpingite, pyélo-cystite, néphrite) doit encore hâter l'intervention.

Malgré les grands progrès accomplis dans le traitement des fistules urinaires, elles résistent souvent à des actes opératoires successifs, même entre les mains des plus habiles. Le choix judicieux d'un procédé, la préparation de la malade, l'antisepsie parfaite, les soins consécutifs sont autant d'éléments du succès opératoire.

Trois voies s'offrent pour l'oblitération directe : la voie vaginale; la voie sus-pubienne, abdominale, et la voie ischio-rectale.

Le plus grand nombre des fistules peuvent être abordées par la voie vaginale qui est la plus naturelle.

La voie sus-pubienne est indiquée pour les fistules que l'on ne peut atteindre par le vagin. Ce sont les fistules situées très haut, autour du col, ou à son niveau et celles qui sont cachées au fond d'un vagin rétréci, derrière une série de cicatrices.

P. Michaux préconise la voie ischio-rectale dans les mêmes conditions.

L'oblitération directe par chacune de ces voies peut être faite par divers procédés. Les uns sont applicables à la majorité des fistules, les autres sont spécialement destinés à des cas difficiles, plus ou moins rares. Nous nous occuperons tout d'abord de la fistule vésico et uréthro-vaginale qui est la variété la plus commune. Ensuite, nous traiterons des fistules vésico-utérines et finirons par la description des procédés d'oblitération des fistules uretéro-vaginales et uretéro-utérines.

I. — Fistules vésico et uréthro-vaginales

a). *Voie vaginale.*

En dehors des perforations récentes qu'on peut essayer de réunir simplement par quelques points de suture, on aura recours habituellement à l'une des trois méthodes suivantes de l'oblitération directe :

1° La *méthode de dédoublement*, exécutée d'abord par Dieffenbach, Hayward, Gerdy et Deboué, et bien réglée, ces dernières années, par notre maître, M. Ricard. On pourrait l'appeler, à juste raison, la *méthode française ;*

2° La *méthode d'avivement direct*, *méthode américaine* propagée par Marion Sims et Bozeman;

3° La *méthode d'autoplastie.*

Les deux premières peuvent être appliquées, aussi bien l'une que l'autre, dans tous les cas où la fistule est abordable par la voie vaginale. Pourtant nous donnons la préférence à la méthode de dédoublement, parce qu'elle ne fait subir aucune perte de substance à la cloison vésico-vaginale et qu'elle évite les tiraillements des lèvres de la plaie en rapprochant de larges espaces cruentés.

En tout cas, si le choix de l'un de ces deux procédés est indifférent dans les petites et moyennes fistules, la méthode de dédoublement trouve une indication spéciale dans les fistules très larges dont les bords ne se laissent pas rapprocher et dans les cas où la paroi vaginale a contracté des adhérences profondes.

Le procédé d'autoplastie est employé dans certains cas particuliers d'énormes perforations avec véritable perte de substance.

Méthode de dédoublement (*méthode française*). — Nous suivrons la description qu'en a donnée M. Ricard au der-

nier Congrès français de chirurgie, et exposée par Ch. Martin, qui a bien présenté la critique des différents procédés opératoires des fistules.

Soins préliminaires. — Bozeman a eu le mérite de montrer tous les avantages qu'on peut retirer d'une préparation éloignée de la malade. C'est le temps le plus laborieux, le plus pénible, le plus long, mais aussi le plus essentiel du traitement.

La dilatation graduelle du vagin par l'emploi des boules dilatatrices et du tampon est l'acte préparatoire obligé de toute opération de fistule vésico-vaginale. Cette dilatation donne non seulement à l'opérateur ses coudées franches, mais elle amène surtout le relâchement, la libération des bords de la perte de substance, en faisant cesser la rétraction des adhérences cicatricielles qui les tirent en sens opposé. Les brides cicatricielles qui résistent doivent être sectionnées avec prudence et en plein jour, surtout lorsqu'elles avoisinent le rectum et le cul-de-sac postérieur.

Simon préfère la dilatation extemporanée, moins longue et moins pénible pour les malades. Il fait une série d'incisions au bistouri sur les brides et les parties fibreuses, et introduit l'un après l'autre des spéculums de grandeur croissante. L'anesthésie locale à la cocaïne faciliterait beaucoup ces manœuvres.

Les complications de rétrécissement ou d'oblitération de l'urèthre nécessitent un traitement spécial. Avant d'aborder celui de la fistule elle-même, on devra rétablir la perméabilité de l'urèthre dans la même séance ou dans une intervention préliminaire destinée à restaurer cet orifice. Si l'urèthre n'est que rétréci, on arrivera à l'élargir suffisamment par le passage de sondes. L'oblitération complète de ce canal nécessitera une opération analogue à celle de l'uréthrotomie externe chez l'homme.

Si ces traitements préparatoires longs et difficiles ne sont pas toujours nécessaires, par contre, le chirurgien, dans tous les cas, devra chercher à obtenir une antisepsie du vagin aussi parfaite que possible. On doit donc faire complètement disparaître, avant l'opération plastique, l'irritation du vagin et des parties voisines par des bains, des lotions, des injections. On prescrira à la malade le salol, ou le borate de soude et l'on pourra, les jours précédents, faire une série de nettoyages complets au savon, suivis d'un tamponnement de la vulve, et du vagin, avec de la gaze iodoformée. Pour les lavages, on emploie de préférence le permanganate de potasse à 1/4000, le nitrate d'argent à 1/1000 et l'oxycyanure de mercure à 4/1000. La malade sera purgée la veille, son rectum lavé. Le jour de l'opération, la vulve sera rasée, le champ opératoire savonné et largement irrigué.

L'opération sera pratiquée dans les premiers jours qui suivent les règles.

Technique opératoire. — L'anesthésie générale est le plus généralement employée. Cependant les fistules, petites, basses, faciles à aviver, pourraient très bien être opérées à la cocaïne.

La position de choix est celle de Sims, le décubitus latéral en semi-pronation. La position dorso-sacrée est suffisante quand la fistule siège bas. Pour les fistules très élevées, la position génu-pectorale est préférable, mais nécessite l'emploi de tables spéciales sur lesquelles Bozeman attache et Neugebauer place les malades. L'avantage de cette position est de rendre la fistule très apparente.

Premier temps : Découverte de la fistule. — Afin de diminuer le nombre des aides, quelques opérateurs, à l'exemple de Bozeman, se servent de spéculums destinés à maintenir les parois du vagin écartées automatique-

ment. L'appareil de Neugebauer est fixé sur le dos de la malade par des courroies.

Simon abaissait le col de l'utérus à l'aide d'anses de fils passés au travers des lèvres; la plupart des chirurgiens les remplacent par des pinces de Muzeux. Avant de pratiquer l'avivement, on fixe encore les bords de la fistule par deux pinces tire-balles placées aux deux extrémités opposées du grand diamètre de l'ouverture et on abaisse la fistule autant qu'il est possible. Une courte valve déprime la paroi postérieure du vagin. Une sonde métallique introduite dans la vessie en abaissera le bas-fond vers le champ opératoire. Les projections d'une lampe électrique, tenue à la main par un aide, seront utiles s'il y a quelques rétrécissements.

Deuxième temps : Avivement de la fistule. — Au lieu d'aviver en surface, comme dans la méthode américaine, on dédoublera largement la cloison vésico-vaginale. Pour cela, à l'aide d'un bistouri, on pratique une incision à l'union même de la muqueuse vaginale avec la vésicale, sur tout le pourtour de l'orifice de la fistule. Puis prenant solidement, avec une pince à griffes, le milieu de la lèvre vaginale ainsi formée, on prolonge latéralement, des deux côtés, l'incision en pleine muqueuse vaginale, et facilement on dissèque cette muqueuse. On la sépare de la vessie et on creuse ainsi, dédoublant la paroi dans une étendue de 1 à 3 centimètres, selon le cas. La même manœuvre est répétée sur la lèvre opposée, et, jalonnant de pinces les bords vaginaux libérés, on a sous les yeux un avivement en forme de cône, dont le sommet tronqué est l'orifice vésical, bordé d'une muqueuse relâchée, plissée, rendue flasque par la traction des lambeaux.

Il ne faut pas craindre de faire un large avivement.

Le dédoublement, fait ainsi, crée deux lambeaux mobiles faciles à affronter par leur surface cruentée (fig. 37).

La paroi vésicale libérée est rendue flottante et indépendante de la paroi vaginale. L'hémorragie est rarement assez considérable pour gêner ce temps opératoire. L'irrigation continue facilitera la tâche.

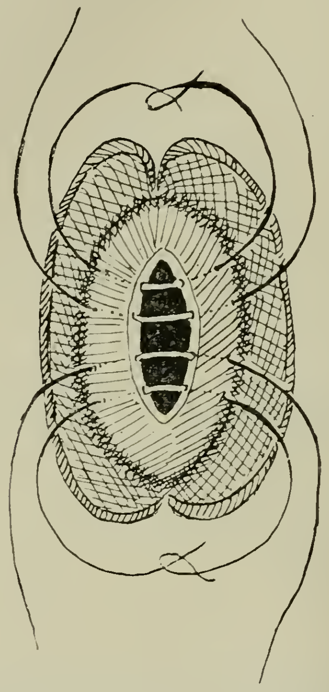


Fig. 37. — Avivement et sutures par la méthode de dédoublement.

Troisième temps : Sutures. — Elles sont faites ordinairement sur deux plans. Quénu, Walcher, Fénomenoff, placent sur la plaie vésicale une rangée de sutures perdues au catgut en prenant bien garde, toutefois, que les fils restent sous-muqueux et ne pénétrent pas dans la vessie. Ricard ne place aucun fil sur l'orifice de la paroi vésicale, laissant la cicatrisation se faire spontanément sous la protection de la suture vaginale. On suture ensuite les lambeaux de muqueuse vaginale avec des fils d'ar-

gent. Pour cela, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, on traverse les lambeaux à leur base, c'est-à-dire à l'angle formé par la limite du dédoublement. Après la torsion des fils, on constate un bourrelet vaginal semblable à deux lèvres accolées et faisant une large saillie dans le vagin. S'il est nécessaire, quelques points de suture au crin de Florence seront placés dans l'intervalle des fils d'argent pour réunir les lèvres de la plaie d'une façon plus complète. L'opération terminée, il faut s'assurer de l'occlusion hermétique de la vessie : la muqueuse vaginale étant étalée au moyen d'une valve et séchée avec des tampons, on remplit la vessie avec de l'eau boriquée, et on regarde si le liquide ne filtre pas à travers la suture. Si le liquide n'apparaît pas dans le vagin, la suture est bonne ; dans le cas contraire, on place un fil pour fermer la brèche. Le vagin étant bien asséché, on le tamponne légèrement avec de la gaze iodoformée. Une sonde à demeure est installée dans la vessie.

Soins consécutifs. — La sonde est laissée en place au moins quarante-huit heures. On peut se servir de la sonde de Pezzer ou de celle de Sims, qui a une forme sigmoïde et tient en place par le simple effet de sa courbure. A l'extrémité de la sonde on adapte un tube en caoutchouc qui va plonger dans un urinal à moitié rempli d'eau boriquée. La malade sera sondée ensuite toutes les trois heures. Quand les conditions dans lesquelles se trouve l'opérée ne permettent pas d'assurer le cathétérisme intermittent, nous préférons, à l'exemple de Ricard, laisser la sonde à demeure pendant toute la durée de la cicatrisation ; soit dix à douze jours. La malade gardera pendant tout le temps du traitement la position du décubitus dorsal, avec les jambes soulevées par un coussin et rapprochées. On changera de temps en temps la sonde à demeure si l'on constate qu'elle s'incruste de sels cal-

caires. La vessie est lavée tous les jours avec une solution d'eau boriquée tiède. On constipera la malade au moins pendant les quatre premiers jours. On laissera le pansement en place huit à neuf jours, à moins que la gaze ne soit souillée par l'urine qui passe quelquefois entre la sonde et les parois de l'urèthre. Pour l'ablation des fils, on placera la malade sur une table à spéculum, on prendra le faisceau formé par les fils et on l'abaissera en masse. Grâce à la large boucle formée par l'anse et facile à retrouver on pourra sectionner au bon endroit. Si l'on n'aperçoit pas l'anse, on détordra les fils, d'un nombre de tours égal à celui qu'on a fait lors de l'opération, et on coupera l'un des chefs. Les fils seront enlevés avec soin, sans tirailler la plaie. Le vagin sera irrigué avec une solution antiseptique, puis séché et tramponné à la gaze iodoformée. Le douzième jour, l'opérée pourra uriner seule, et deux ou trois jours après elle se lèvera. S'il reste un petit pertuis, on obtient souvent sa cicatrisation en le touchant avec un fin crayon de nitrate d'argent. Si l'ouverture était plus grande, on essaierait d'obtenir sa réunion par quelques points de suture. Dans le cas où les règles surviendraient de suite après l'opération, on renouvellerait le pansement vaginal tous les jours.

Méthode d'avivement direct. — *Méthode américaine.* — Le traitement préliminaire, la position de la malade, le premier temps, la découverte de la fistule et les soins consécutifs sont exactement les mêmes que dans l'opération précédente ; seule, la façon de faire l'avivement est différente. Sims avivait les bords de la fistule avec des ciseaux courbes, mais actuellement on se sert généralement de bistouris. L'instrument, tenu obliquement, est enfoncé à une distance de 6 à 8 millimètres des bords de l'orifice, de façon à ce que sa pointe perfore les tissus à l'union des muqueuses vaginale et vésicale et dépasse

largement les tissus cicatriciels qui seront excisés. On taille ainsi une véritable collerette annulaire autour de la fistule et on achève de la détacher avec des ciseaux (fig. 38). Dans l'avivement, Marion Sims ne touche jamais à la

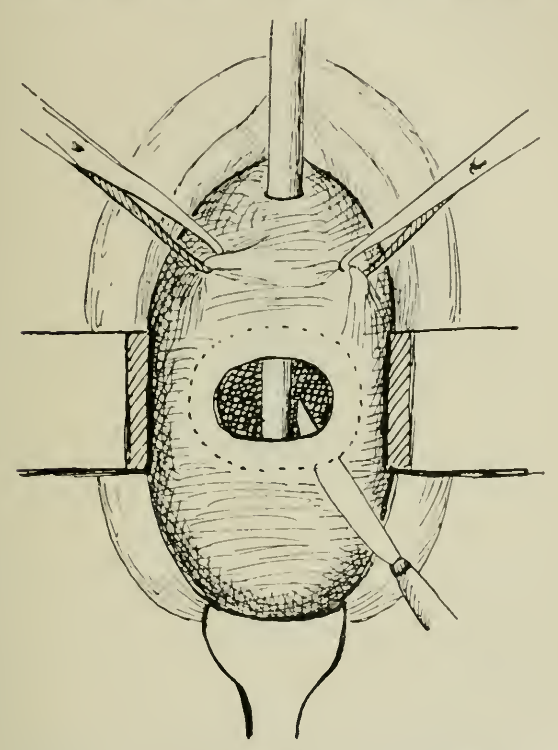


Fig. 38. — Avivement par la méthode américaine.

muqueuse de la vessie qui saigne beaucoup ; il n'enlève qu'un lambeau du vagin et donne, de cette manière, un aspect d'entonnoir à la fistule, mais d'un entonnoir très évasé. Si l'on a soin d'intéresser le moins possible la muqueuse vésicale, on évitera les hémorragies en nappe ; si la plaie saigne, la suture est le meilleur moyen hémostatique. Bozman et Simon avivent toute l'épaisseur du

bord de la fistule en y comprenant la muqueuse vésicale comme la muqueuse vaginale. La façon d'aviver de Sims nous semble préférable.

Quand la fistule siège très haut, près du col, il serait souvent utile d'exciser un segment cunéiforme sur sa lèvre antérieure de manière à bien découvrir l'orifice fistuleux.

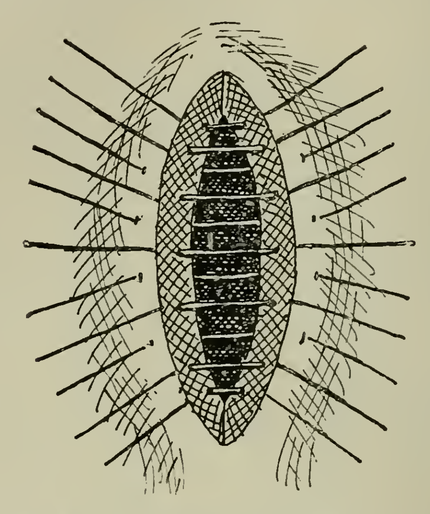


Fig. 39. — Opération de la fistule vésico-vaginale, par la méthode américaine.
Placement des sutures profondes et superficielles.

tuleux. Les sutures sont faites avec des fils d'argent qu'on fait cheminer dans l'épaisseur même de la cloison sans qu'ils pénètrent dans la vessie. On emploie à cet effet l'aiguille de Reverdin ou de fines aiguilles plates de Hagedorn, montées sur un porte-aiguille. Les fils sont placés à 5 ou 6 millimètres les uns des autres, et doivent être particulièrement nombreux au niveau des angles de la plaie pour éviter les encoches qui pourraient laisser suinter l'urine. Quelques auteurs placent entre les points de suture profonde, des points superficiels spécialement destinés à l'affrontement, et les noue avant les sutures profon-

des (fig. 39). Simon fait notamment la suture sur deux rangées, avec des fils de soie très fins : la suture de soutènement qui saisit les bords de loin et les rapproche, la suture de réunion qui assure la coaptation exacte des

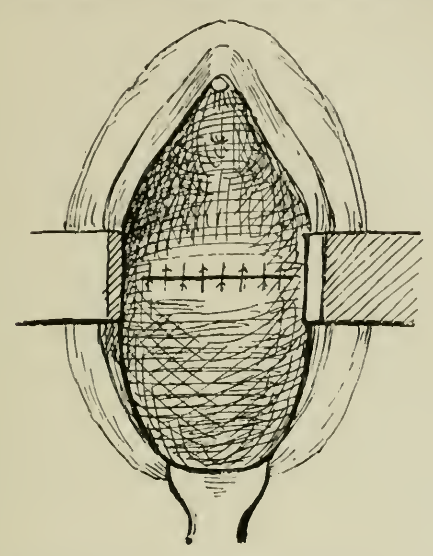


Fig. 40. — Opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine. Sutures serrées.

surfaces (fig. 40). On installera ensuite la sonde sigmoïde de Sims.

Procédé d'autoplastie. — Indiqué dès 1834 par Jobert, ce procédé a été perfectionné depuis par divers chirurgiens et récemment décrit avec force détails par Bruny.

Le col étant abaissé avec une pince à griffes implantée dans la lèvre antérieure, on incise le cul-de-sac antérieur et on décolle la vessie comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale (voyez p. 165).

On arrête le décollement quand on aperçoit le cul-de-sac vésico-utérin. A l'aide de deux pinces on saisit la

paroi vésicale, devenue très mobile et flasque, et on l'attire aisément en bas de façon à permettre le rapprochement des bords fistulaires. Le décollement de la paroi postérieure de la vessie doit être assez étendu pour venir fermer sans tiraillement l'orifice fistulaire. Il ne reste alors qu'à pratiquer l'avivement des bords de la fistule par le procédé de Sims et à les suturer.

Kelly avive le tiers antérieur de la fistule au niveau de sa face vaginale, jusqu'à la muqueuse vésicale et la suture à la paroi postérieure de la vessie décollée de la même manière.

Procédé de Lannelongue. — Il peut s'appliquer à des fistules qui présentent à travers leur ouverture une hernie de la paroi postérieure de la vessie. On ouvrira la muqueuse vésicale prolabée à une distance suffisante de la lèvre postérieure de la fistule, et d'un autre côté la partie antérieure du vagin. Les parties avivées sont mises en contact et retenues par des points de suture métalliques (Lannelongue, *Soc. de chirurgie*, 5 mars 1872).

Procédé de Freund. — Freund l'a mis en pratique avec succès dans deux cas de fistules très étendues, l'utérus étant fixé, sans pouvoir être abaissé. Il incisa le cul-de-sac postérieur, saisit, par cette voie, le fond de l'utérus, et le fit basculer en arrière et en bas, de façon à renverser complètement la matrice. La face postérieure de l'utérus vint ainsi s'appliquer contre la perte de substance de la cloison vésico-vaginale où elle fut suturée, après avivement préalable des bords de l'utérus et de ceux de la fistule.

Pour permettre aux règles de s'écouler, il fendit le fond de l'utérus. Le résultat obtenu fut très satisfaisant. La fistule fut oblitérée, la vessie garda l'urine et le sang menstruel passa facilement par l'ouverture faite au fond de l'utérus.

b). *Voie sus-pubienne.*

Par cette voie on peut aborder les fistules urinaires soit en ouvrant la vessie par la taille hypogastrique, sans pénétrer dans la cavité péritonéale, soit en pratiquant une laparotomie transpéritonéale.

De la suture intra-vésicale avec taille hypogastrique préalable. — *Opération de Trendelenburg.* — Les soins préliminaires de toute laparotomie étant pris, la malade est anesthésiée et placée dans la position de Trendelenburg, la position dorso-sacrée déclive. La vessie est lavée à l'eau boriquée chaude.

On fait une incision verticale de la taille (Trendelenburg la faisait transversale), on sectionne les divers plans de la paroi abdominale et on refoule, avec le doigt, le cul-de-sac péritonéal. La face antérieure de la vessie ainsi découverte est ponctionnée au bistouri.

L'ouverture est ensuite agrandie au moyen d'un coup de ciseaux. A l'aide de deux valves ou de deux fils de soie passés à travers les lèvres de la plaie et tendus par un aide, on met à découvert l'intérieur de la cavité vésicale qu'on éclaire, au besoin, par une lampe électrique.

Reste à aviver la fistule et placer les sutures. L'avivement peut se faire, ou en excisant avec des ciseaux courbes les bords de la fistule, ou, ce qui est préférable mais plus difficile, en décollant la muqueuse vésicale de la paroi vaginale avec un bistouri courbé sur le plat. Les sutures seront faites, si possible, à deux étages, l'un inférieur sur la paroi vaginale, l'autre supérieur, sur la muqueuse vésicale. On se servira de catgut et d'aiguilles à grande courbure. La vessie sera drainée par une sonde à demeure et dans ce cas la plaie vésicale sus-pubienne sera complètement fermée par des points de suture. Si on juge nécessaire d'employer le drainage par la voie sus-pubienne,

on se servira du simple drain en caoutchouc ou des tubes de Guyon-Perrier, accolés, et on suturera au-dessus les lèvres de l'ouverture vésicale. Les drains seront laissés en place de quatre à huit jours.

De la laparotomie dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — Bardenheuer n'ouvre pas le péritoine, il le refoule et décolle tout le feuillet péritonéal qui recouvre la face postérieure de la vessie jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. La cloison vésico-vaginale est également dédoublée jusqu'au delà de la fistule et la fistule suturée avec soin. L'opération reste tout extra-péritonéale.

Dittel, au contraire, ouvre le péritoine, incise le cul-de-sac vésico-utérin, décolle le fond de la vessie, du col utérin et dédouble la cloison vésico-vaginale, jusqu'au delà de la fistule.

Avivement et sutures des bords de la fistule.

c'. *Voies ischio-rectales.*

Au sixième Congrès de chirurgie, P. Michaux a proposé cette voie dans les cas que nous avons précisés dans nos « Indications ». Nous donnerons le résumé de cette méthode d'après l'auteur lui-même :

« La femme est couchée dans la position de Sims ; l'opérateur s'assure encore de la proximité de la fistule et des doigts déprimant les parties molles ischio-rectales. Cela fait, parallèlement au sillon interfessier et à un gros travers de pouce au-dessus de ce sillon, conduisez une incision de 10 centimètres environ, commençant en arrière à peu près au niveau de l'anus et finissant en avant au croisement de la grande lèvre correspondante et de l'arcade osseuse ischio-pubienne.

Cette incision vous conduit dans la graisse ischio-rectale, facile à décoller, et ne rencontre que des vaisseaux

et nerfs hémorroïdaux inférieurs, encore sont-ils situés en arrière et faciles à ménager.

La graisse refoulée, vous avez sous les yeux au fond de l'incision, la partie supérieure de la face latérale du vagin, recouverte supérieurement par les fibres antéro-postérieures du releveur de l'anus.

Le doigt introduit dans le vagin n'est plus séparé que par la paroi vaginale du doigt introduit dans la plaie ; vous déterminez facilement le milieu de la face latérale du vagin et vous procédez à l'incision de cette paroi par ponction au bistouri, à 3 à 4 centimètres au-dessous du col. Vous agrandissez ensuite aux ciseaux dans l'étendue nécessaire, et, au besoin, vous incisez toute la face latérale du vagin y compris la grande lèvre.

De longues pinces hémostatiques maintiennent bien les volets de cette fenêtre vaginale et vous avez sous les yeux la région juxta-cervicale et même toute la cloison vésico-vaginale ; la fistule est devenue accessible. On l'avive et on la suture comme dans l'opération ordinaire, puis on referme la boutonnière vaginale par une suture en surjet au catgut ou à la soie, et l'incision ischio-rectale par des sutures superficielles ou profondes à la soie ou au crin de Florence, avec ou sans drainage. »

Oblitération indirecte des fistules vésico et uréthro-vaginales

Colpocleisis. — Quand toutes les tentatives d'oblitération directe d'une fistule urinaire ont échoué, on a recours, comme moyen extrême, à l'oblitération du vagin, colpocleisis, que nous avons déjà décrite (p. 44).

Oblitération rectale de la vulve. — Lorsque le col de la vessie est détruit, le colpocleisis seul ne suffit pas à empêcher l'incontinence, et il faut le compléter par la créa-

tion d'une fistule recto-vaginale, permettant au contenu vésical de s'écouler dans le rectum, transformé ainsi en réservoir urinaire. Exécutée d'abord par Backer-Brown et Maisonneuve, cette opération a été reprise par Rose. Il commence à faire par le vagin une incision de 1 centimètre et demi de longueur à la paroi antérieure du rectum. A cet effet il introduit un doigt dans l'anus et comprend dans l'incision les fibres supérieures du sphincter. Les bords des muqueuses vaginale et rectale, qui limitent cette incision sont suturés, l'un à l'autre, et les fils ramenés par l'anus. Reste à procéder à l'oblitération du vagin.

Cette opération, en plus des inconvénients qu'offre le colpocleisis et que nous avons indiqués page 44, présente encore le danger d'infection par le passage des matières fécales dans le vagin.

II. — Fistules vésico-utérines.

Les fistules vésico-utérines, que Pozzi appelle, à juste titre, juxta et intra-cervicales, sont justiciables, en grande partie, du même traitement que les fistules vésico-vaginales. On les opère souvent par la « voie sus-pubienne ». Nous ne parlerons donc que des méthodes spéciales qui les concernent.

Procédé de Follet. — Dilatation de l'urèthre de manière à pouvoir introduire l'index gauche dans la vessie.

L'utérus est fortement abaissé au moyen de deux pinces à griffes et est décollé de la vessie, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Le décollement est mené jusqu'au moment où le doigt placé dans la vessie fait apparaître à l'orifice vulvaire la paroi postérieure de la vessie trouée de la boutonnière fistuleuse. Le décollement rendant l'avivement superflu, on procède à la fer

meture de la fistule par des points de suture au catgut en respectant la cavité vésicale.

Procédé d'Otto von Herff. — On fait une section médiane du col jusqu'à la fistule, puis la fistule est décollée de l'utérus sur une étendue d'environ 1 centimètre. Le col est attiré en bas et en arrière par deux fils passés à travers chacune des lèvres de l'incision cervicale. L'orifice fistuleux du col ainsi mis à découvert, est avivé et suturé. Reste une fistule vésico-vaginale qu'on avive et suture également.

Procédés d'oblitération indirecte des fistules vésico-utérines. — *Hystéro-stomato-cleisis.* — *Suture des deux lèvres du col.* — Exécutée pour la première fois par Jobert, cette opération consiste à aviver la surface interne du col, à rapprocher ensuite les deux surfaces saignantes et à les réunir par trois points de suture. Les règles passent alors dans la vessie.

Hystéro-cleisis-vésical. — *Incarcération du col dans la vessie.* — Préconisée par Courty, cette intervention consiste à réunir la lèvre antérieure de la fistule à la lèvre postérieure du col, ou même à la partie voisine du vagin. On emprisonne ainsi le col de l'utérus dans la vessie. Le sang menstruel passe dans le réservoir urinaire.

Ces opérations qui suppriment la fécondation et vouent l'utérus à l'infection par la stagnation de l'urine ne sont évidemment qu'un pis aller.

III. — Fistules uretéro-vaginales et uretéro-utérines.

M. Baigue, à qui nous empruntons l'exposé de la méthode opératoire de son maître Bazy, indique, avec raison, que les fistules, occasionnées quelquefois par l'hys-

térectomie vaginale, rentrent généralement dans cette classe de fistules urinaires. Elles sont dues au pincement de l'uretère dans l'hémostase et surtout dans l'hémostase secondaire, alors qu'une pince a dérapé. Ce sont ordinairement des fistules uniquement urétéro-vaginales, tandis que celles qui sont produites par un accouchement laborieux sont plutôt des fistules urétéro-vésico-vaginales. On rencontre des difficultés particulières à leur oblitération directe et on risque de porter atteinte à l'intégrité du rein pour peu que l'opération compromette la perméabilité de l'uretère. On peut les aborder par deux voies : la voie vaginale et la voie abdominale. La première est indiquée dans les cas où le cathétérisme démontre la parfaite perméabilité de l'uretère et surtout dans le cas de fistules urétéro-vésico-vaginales siégeant sur le trajet intra-pariétal de l'uretère. La voie abdominale servira particulièrement pour les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale siégeant à une certaine distance de la vessie, l'uretère étant englobé dans une certaine masse de tissus cicatriciels. L'état d'infection de l'uretère est une contre-indication de la voie abdominale.

VOIE VAGINALE

1° *Méthodes d'oblitération directe.*

Procédé de Simon. — Simon crée une fistule vésicale si elle n'existe pas, de façon à avoir une fistule vésico-urétéro-vaginale. L'uretère est cathétérisé par cet orifice. On fend sur le cathéter la paroi vésicale, paroi antérieure de l'uretère, sur une certaine longueur. L'orifice de l'uretère est ainsi reporté en un point plus élevé de la paroi vésicale. Les jours suivants, pour maintenir ce résultat, on écarte au moyen d'un stylet les lèvres de la section intra-vésicale jusqu'à cicatrisation complète. Ce but atteint, on

avive et on suture la fistule vésico-vaginale artificielle par le procédé de Sims.

Procédé de Landau. — Le premier temps, création d'une fistule vésico-uretéro-vaginale, est le même ; ensuite on cathétérise l'uretère avec une sonde molle, à partir de son orifice, et, ramenant par la fenêtre vésicale le cathéter

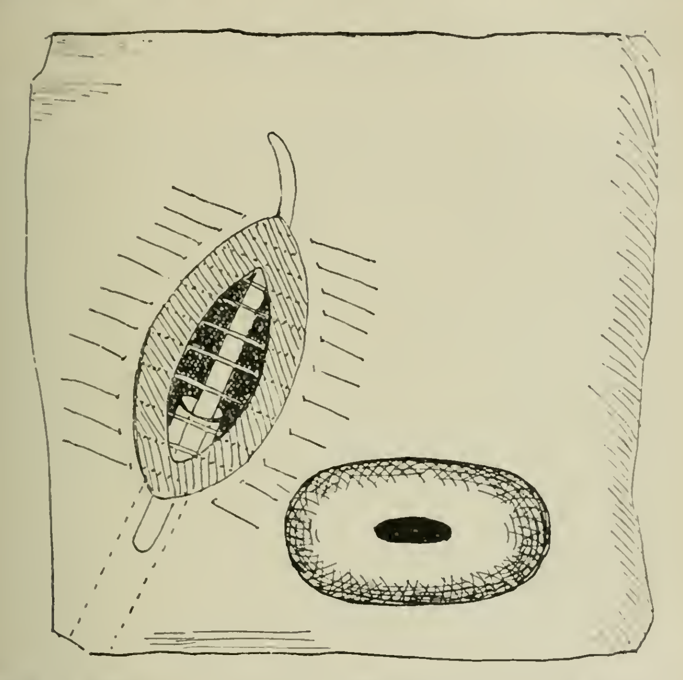


Fig. 41. — Opération de la fistule uretéro-vaginale ; procédé de Landau.

dans la vessie, on le fait sortir par l'urèthre. On fait des sutures au-dessous, de telle façon que l'uretère s'abouche dans la vessie sur un plan immédiatement supérieur au plan de sutures, et ne risque pas d'être compris dans ces sutures. La sonde est laissée pendant quelques jours (fig. 41).

Procédé de Schede. — Schede fait une sorte de colpocleisis extrêmement limité. Création de la fistule vésico-uretéro-vaginale. Cathétérisme de l'uretère au moyen d'une sonde élastique qui vient sortir par l'urèthre ; fermeture de la fistule ainsi créée par l'avivement et la suture en laissant une couronne de muqueuse vaginale autour de l'orifice de la fistule uretérale. Cet orifice se trouve donc reporté avec cette couronne de muqueuse vaginale à l'intérieur de la vessie et à distance des sutures.

Procédé de Pozzi. — Dans un cas de fistule uretéro-vésico-vaginale chez une femme qui avait été opérée déjà onze fois sans succès, Pozzi a reporté l'orifice uretéral dans la vessie à distance de ces sutures par un procédé de dédoublement très simple. Voici la description qu'en donne son auteur : position génu-pectorale, incision transversale dans une étendue de un centimètre environ. Une incision verticale à chaque extrémité lui donne la forme d'un H renversé (⌶ renversé). Dissection des bords de l'incision transversale dans une étendue de un centimètre, de façon à obtenir deux petits lambeaux, par dédoublement de la cloison. Quand ces lambeaux sont relevés, on aperçoit, au centre de la surface cruentée, le petit orifice de la fistule. On attire l'un vers l'autre les deux lambeaux au-devant de cet orifice et on les affronte sans le moindre effort. Ils sont soigneusement suturés par trois points profonds au fil d'argent et trois points superficiels. Après la suture et par l'adossement de leurs faces profondes, ils forment, à la place où était la fistule, une petite crête saillante.

2° *Méthode de la greffe uretérale*

Procédé de Segond. — Abouchement uretéro-vésical par voie vaginale.

Ce procédé, très simple, fut employé par Segond avec succès dans deux cas. Il inclut l'orifice fistuleux dans la vessie en le recouvrant d'un lambeau comprenant toute l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale et fixé au vagin, préalablement avivé, derrière la fistule.

VOIE ABDOMINALE

Uretéro-cysto-néostomie.

En 1893, Bazy et Novaro, à l'insu l'un de l'autre, réussirent à guérir quatre femmes porteuses de fistules uretéro-vaginales, en faisant l'uretéro-cysto-néostomie par la voie transpéritonéale.

Bazy fait une incision médiane de 15 centimètres environ, la malade étant dans la position de Trendelenburg. De larges valves découvrent le champ opératoire. Recherche de l'uretère vers le détroit supérieur du bassin. Une fois trouvé, on l'incise longitudinalement sur l'étendue et la région convenables du péritoine qui le recouvre. Dissection soignée de ce péritoine de chaque côté de l'uretère. Introduction dans la vessie d'un gros trocart courbe de Chassaignac, dont l'extrémité mousse repousse, vers l'uretère à aboucher, un point de la paroi vésicale le plus voisin possible du bas-fond. Incision d'un centimètre de la vessie sur ce trocart, après avoir détaché le péritoine de la vessie. Puis on divise cet uretère dans un endroit convenable, le plus bas possible, mais au-dessus de tout rétrécissement, à moins qu'on puisse se borner à une incision longitudinale sur ce conduit, sans le détacher, ce qui vaut mieux. Dans les cas où l'uretère ne sera pas dilaté, et dans le but d'assurer à son nouvel orifice dans la vessie le maximum de développement, on pourra encore agrandir sa surface de section en faisant tomber

perpendiculairement sur la circonférence terminale une seconde incision longitudinale. Ce fut la pratique de Novaro. Une sonde de Nélaton n° 13 ou 14, dont le bout a été coupé, est alors introduite au moyen de la canule du gros trocart ou directement, et pénètre de quelques centimètres dans l'uretère. Les sutures se feront au catgut sur un seul plan prenant toute l'épaisseur des parois uretérale et vésicale, et affrontant exactement les muqueuses. On recouvre soigneusement la région de l'abouchement au moyen des lambeaux du péritoine, ménagés sur la vessie et le long de l'uretère, que l'on suture par un simple surjet au catgut. Fermeture de la paroi abdominale, drainage avec un Mikulicz si l'on a quelque raison de crainte. Sonde à demeure dans la vessie. On fera bien de fixer les deux sondes par un point de suture à l'une des petites lèvres. Elles seront retirées au bout de six à sept jours.

Oblitération indirecte des fistules uretéro-vaginales et uretéro-utérines. — Le colpocleisis sera encore une des dernières ressources auxquelles on aura recours après l'échec des méthodes d'oblitération directe. Mais, dans ces cas, il est nécessaire, avant d'oblitérer le vagin, d'établir une communication artificielle entre ce conduit et la vessie.

Dans ce but, on excisera un disque d'environ 2 centimètres de diamètre dans la cloison vésico-vaginale et on ourlera ses bords.

Si la malade refuse de subir l'occlusion du vagin, on peut pratiquer la néphrectomie, qu'il est prudent, pourtant, de réserver exclusivement aux cas où le rein a subi en même temps des altérations qui compromettent sa vitalité.

Chaput, dans un cas de fistule consécutive à l'hystérectomie, où le cathétérisme par l'orifice vaginal était im-

possible, a pratiqué avec succès l'uretéro-colostomie, l'abouchement de l'uretère fistuleuse dans le colon.

B. — FISTULES FÉCALES

On les divise, d'après leur siège, en fistules recto-vaginales, recto-utérines et entéro-vaginales.

Les premières peuvent être subdivisées à leur tour en fistules recto-vulvaires ou ano-vulvaires, recto-vaginales inférieures et recto-vaginales supérieures.

Indications. — Le moment le plus favorable pour intervenir est le même que nous avons indiqué pour les fistules urinaires. En dehors des fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale, qui s'oblitèrent souvent peu de temps après l'opération, elles n'ont pas plus de tendance à la guérison spontanée que les fistules urinaires. Elles réclament donc au même titre une intervention chirurgicale ; mais elles sont particulièrement difficiles à clôturer. L'infection des fils par le contact des matières fécales avec les surfaces avivées, la minceur des lèvres de la fistule sont autant de causes d'échec. L'oblitération directe des fistules fécales peut être exécutée par le vagin, par le rectum et par le périnée.

La voie vaginale doit être surtout réservée aux fistules situées dans la partie supérieure du vagin, le périnée étant intact.

La voie rectale n'est utilisée qu'exceptionnellement dans les cas de ces fistules haut situées qui n'ont pas pu être fermées par le vagin.

La voie périnéale, permettant la mobilisation du rectum et un large avivement qu'il est impossible d'obtenir par les voies directes, est la méthode de choix dans le traitement du plus grand nombre de ces fistules.

I. — Fistules recto-vaginales.

Voie vaginale.

Soins préliminaires. — La clôture des fistules par cette voie exige les mêmes soins que l'oblitération des fistules urinaires. Dans tous les cas, on cherchera à obtenir l'antisepsie parfaite du vagin et du rectum et on y joindra utilement l'antisepsie des intestins par un traitement médical approprié. La malade sera purgée chaque matin pendant quelques jours avant l'opération et prendra un lavement le soir. Un lavage prolongé avec l'eau boriquée à 4 p. 100 sera fait au moment de l'intervention.

Méthode d'avivement direct. — Le procédé de Sims, que nous avons décrit à propos des fistules vésico-vaginales, trouve également son application dans les cas de fistules recto-vaginales et sera exécuté d'après les règles déjà données.

La malade sera placée dans la position dorso-sacrée, la paroi antérieure sera relevée par une valve. Deux autres écarteront les parois latérales. La cloison recto-vaginale est soulevée par le doigt qu'un aide passe dans le rectum.

Avivement des bords de la fistule sur une étendue de 6 à 10 millimètres sans toucher au rectum. Sutures, de préférence sur deux plans.

Méthode de dédoublement. — La méthode française dont nous avons donné la description, a été aussi mise en usage pour ces fistules. Sänger y a introduit la modification suivante : après avoir suturé la perforation rectale par des points de suture perdus, à la soie, et réuni les deux lambeaux vaginaux sur deux plans, l'un profond et l'autre superficiel, il place encore une suture protectrice, à la soie, du côté du rectum, destinée à empêcher l'infiltration

des matières fécales entre les surfaces affrontées. A cet effet, il dilate l'anus après avoir placé la malade dans la position dorso-sacrée déclive.

Procédé d'autoplastie par glissement. — En 1890, Le Dentu a exposé à la Société de chirurgie une méthode d'autoplastie par glissement à lambeaux superposés et à disposition valvulaire.

Il avive un large croissant autour de la fistule puis, de haut en bas, il clive la muqueuse vaginale sur la cloison, suivant un lambeau semi-lunaire, opposé par sa base à la demi-lune d'avivement. Il remonte par glissement ce lambeau décollé et le suture, face cruentée contre face cruentée, avec la surface d'avivement périfistulaire sur laquelle on excise un triangle médian aux dépens des tissus situés au-dessous de la fistule.

L'excision de ce triangle évite, à la base du lambeau décollé, la formation d'un cul-de-sac dans lequel s'accumuleraient les matières passant par la fistule.

Soins consécutifs. — On renouvellera tous les jours la gaze iodoformée et on irriguera le vagin à courant faible. Les fils d'argent seront enlevés au bout de douze jours ; les fils de soie, qui s'infectent facilement, ne seront laissés que huit jours. La malade sera sondée pendant les premiers jours, de crainte que l'urine ne souille les sutures. Sa nourriture consistera en œufs, potages, lait. Quelques chirurgiens constipent les malades pendant toute la durée de la cicatrisation, de dix à douze jours ; mais d'autres font alterner la constipation avec les émissions alvines, tous les trois ou quatre jours.

Voie rectale.

Même traitement préliminaire, antisepsie soigneuse du rectum, position latérale de Sims ou génu-pectorale.

Lorsqu'on choisit cette voie, ce qui est rare, on doit tout d'abord dilater l'anus. La cavité rectale est alors facilement étalée à l'aide de courtes valves. La fistule est attirée par des pinces, et l'avivement est fait comme à l'ordinaire. L'hémorragie en nappe, assez abondante ordinairement, pouvant gêner cet acte opératoire, ainsi que le placement des sutures, on les exécutera sous l'irrigation continue avec une solution boriquée chaude. Simon conseille de passer les fils de la façon suivante : chaque fil pénètre sur un des bords de la plaie avivée, chemine dans la cloison recto-vaginale de manière à sortir dans le vagin à un demi-centimètre du bord de la fistule, refait le même trajet en sens inverse et ressort de nouveau dans le rectum au même niveau sur un point symétrique. Une mèche de gaze iodoformée sera introduite dans le rectum et couvrira les extrémités des fils.

Procédé par glissement de Segond. — Segond, après avoir dilaté l'anus, incise circulairement la muqueuse anale et la dissèque avec des ciseaux dans toute la hauteur du sphincter. Il dédouble ensuite la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule inclusivement, mobilise le segment rectal et l'abaisse jusqu'à ce que la portion du rectum correspondant au bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule soit suffisamment descendue pour se laisser suturer à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus. Le segment rectal inférieur à la fistule est réséqué et le rectum suturé à l'anus à la soie plate. L'orifice vaginal de la perforation est ensuite avivé et suturé par le vagin. Une mèche de gaze est introduite dans la cavité vaginale et un tube en caoutchouc est placé dans le rectum.

Voie périnéale.

Richet et Simon ont préconisé l'opération qui a été

pratiquée dès 1798 par Saucerotte. Elle consiste dans la section du périnée et de la cloison recto-vaginale jusqu'à la fistule, ainsi que dans la suture de la perforation avivée et de toutes les parties sectionnées, comme s'il s'agissait d'une déchirure complète du périnée.

La colpo-périnéorrhaphie de Hégar, que nous avons décrite (p. 54), se prête mieux à l'oblitération de ces fistules, en ayant soin de comprendre la perforation dans l'avivement triangulaire. Les bords de la fistule seront réunis par des points de suture au catgut. Mais actuellement c'est aux périnéorrhaphies par dédoublement qu'on a le plus souvent recours pour le traitement des fistules recto-vaginales.

Le procédé de Lawson-Tait pour les déchirures incomplètes du périnée (p. 281) pourrait être appliqué dans les cas de fistules siégeant au-dessus du sphincter anal, le périnée étant intact. Le dédoublement est mené jusqu'au-dessus de la fistule. Avant de suturer le périnée, les orifices vaginal et rectal seront suturés au catgut ou à la soie fine, le premier par le vagin, le second du côté de la plaie.

Le procédé de Lawson-Tait pour les déchirures complètes du périnée (p. 287) servira à la réparation des fistules pas trop haut placées quand le périnée est endommagé, très mince, ou lorsqu'il est flasque malgré son épaisseur. On transformera alors la fistule en déchirure complète du périnée en le sectionnant jusqu'à la perforation.

Sänger, dans ce cas, suture isolément le rectum avec de la soie.

Procédé de Quénu. — Quand la fistule siège haut, on peut appliquer le procédé indiqué par Quénu. En avant de l'anus et à travers le périnée, on fait une incision transversale, légèrement convexe en avant. A petits

coups, guidés par l'index gauche resté dans le rectum, on le décolle du vagin jusqu'au delà des fistules dont les bords sont excisés. A partir de ce moment les deux orifices vaginal et rectal ne se font plus face : le vaginal remonte, le rectal ne lui correspond plus, — première condition favorable à la réunion. Grâce au dédoublement de la cloison, il est devenu facile de suturer à la soie, isolément, les deux orifices. La plaie périnéale restera béante, et l'on y introduira une mèche de gaze iodoformée : les matières et les gaz sont ainsi détournés du vagin, dans le cas où la suture rectale cède.

Les fistules recto-utérines, très rares, seront traitées comme les fistules vésico-utérines.

II. — Fistules entéro-vaginales.

Les communications de faibles dimensions entre le vagin et l'intestin situées au-dessus du rectum seront traitées par la voie vaginale à l'aide d'un large avivement. Les perforations très larges, sorte d'anus contre nature qui verse dans le vagin tout le contenu du tube digestif, réclament tout d'abord le rétablissement de la continuité de l'intestin.

On tentera de l'obtenir par la voie vaginale en sectionnant le perron avec l'entérotome de Dupuytren ou avec les longues pinces à arrêt dont les mors seront revêtus de tubes de caoutchouc. L'orifice vaginal sera ensuite avivé et suturé.

La voie abdominale offrira la dernière ressource à laquelle on aura recours en cas d'insuccès.

La laparotomie transpéritonéale permettra de libérer les deux bouts intestinaux adhérant au cul-de-sac vaginal et à les suturer bout à bout. La perforation vaginale sera également suturée.

Le rétrécissement ou l'oblitération du bout inférieur

nécessitera l'abouchement du bout supérieur à la partie la plus proche du gros intestin.

L'occlusion du vagin, précédée de l'oblitération du col de l'utérus et de la création d'une large communication entre le vagin et le rectum, restera toujours le moyen extrême auquel on aura recours dans les cas malheureux où toutes les tentatives d'oblitération ont échoué.

XV

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

L'hystérectomie abdominale est employée actuellement surtout pour les corps fibreux de l'utérus à évolution abdominale. L'opération de Freund (extirpation totale par la voie abdominale de l'utérus atteint de cancer) est rarement pratiquée, malgré la modification que Rydygier, à l'instar de Delpech, a introduite dans sa technique.

A l'exemple des chirurgiens américains Polk, Baldy, Edebohls, Krug, qui préconisent la castration utéro-ovarienne pour les lésions bilatérales des annexes, les chirurgiens français tendent à adopter cette pratique en la limitant aux cas où on rencontre des adhérences étendues des annexes à l'utérus (Ricard, Richelot, Doyen, Monprofit, Delagénière).

Quelques auteurs, Ricard, Poirier, préconisent l'hystérectomie abdominale, même pour les fibromes qui peuvent être morcelés par la voie vaginale (Poirier, séance de la Société de chirurgie, 25 mai 1898). Mais, en règle générale, on ne recourt à la voie abdominale que dans le cas de corps fibreux dépassant le niveau de l'ombilic. On pourrait néanmoins l'appliquer aux fibromes de dimension moyenne, mais qui ont un siège manifestement abdominal et non pelvien.

Les hémorragies incoercibles, les phénomènes de compression des organes, l'accroissement rapide ou les symp-

tômes de gangrène de la tumeur sont autant d'indications opératoires qui hâteront l'intervention.

Les divers procédés préconisés pour l'ablation des fibromes par l'abdomen peuvent être groupés en deux grandes classes : *Hystérectomie supra-vaginale*, quand l'extirpation est limitée à la portion de l'utérus située au-dessus du col, et *Hystérectomie abdominale totale*, quand l'utérus est enlevé tout entier.

Les deux méthodes se disputent encore actuellement la faveur des gynécologues les plus renommés, mais nous croyons que A. Martin était dans le vrai en proclamant au Congrès de Rome que l'avenir est à l'extirpation totale, à la cure radicale.

Nous aurons du reste à revenir sur cette question à propos des indications de chaque méthode.

I. — HYSTÉRECTOMIE SUPRA-VAGINALE

L'ablation sus-vaginale de l'utérus fibromateux peut être faite d'après trois méthodes, selon que le pédicule est fixé dehors, ou abandonné dans le péritoine, ou enfin laissé dans une situation intermédiaire, juxta-pariétale.

D'où : *méthode extra-péritonéale*, *méthode intra-péritonéale*, *méthode mixte*.

A). Méthode extra-péritonéale

Préconisée par Kimball (1855), Kœberlé, Péan, et perfectionnée au plus haut degré par Hegar, dont nous allons exposer la technique, cette méthode compte de chauds partisans parmi les chirurgiens de tous les pays. Son grand avantage est d'avoir un manuel opératoire beaucoup plus simple et de pouvoir donner d'assez beaux

résultats, même entre les mains de chirurgiens peu expérimentés. La présence du pédicule hors de la cavité péritonéale rend cette méthode surtout précieuse vis-à-vis de l'hémorragie immédiate. Mais elle n'est pas applicable dans un certain nombre des fibromes à large base d'implantation, à pédicule étalé et très court, et présente l'inconvénient de rendre la guérison lente, d'exposer aux éventrations, aux abcès de la paroi abdominale, aux fistules, et de ne pas mettre toujours la malade à l'abri de la septicémie.

En tout cas, les opérateurs qui préfèrent l'amputation supra-vaginale à l'ablation totale de l'utérus auront recours plus particulièrement à la méthode extra-péritonéale dans les cas d'inflammation suppurative ou gangréneuse de la tumeur, où le traitement intrapéritonéal du pédicule n'est pas de mise. Elle est aussi préférable lorsque le pédicule est saignant, très riche en vaisseaux. En effet, la réduction d'un pareil pédicule exigerait des sutures multiples et on risquerait fort de le mortifier.

Procédé de Hegar. — En général, nous suivrons, dans notre exposé, la description de Gentilhomme, qui a présenté une habile critique des divers modes de traitement des corps fibreux.

Les soins préliminaires sont ceux de toute laparotomie (voyez p. 218).

Technique. — L'incision abdominale est faite couche par couche, verticalement sur la ligne blanche, en passant à gauche de l'ombilic. Lorsqu'on arrive sur le péritoine, on fait à la partie supérieure de l'incision une boutonnière dans la séreuse et on coupe de haut en bas, soit sur une sonde cannelée, soit entre les deux doigts introduits par l'orifice supérieur. Enfin on applique une pince sur cha-

cun des deux feuillets péritonéaux ainsi formés, afin de pouvoir les trouver dans la suite, leur rétraction se faisant rapidement.

La longueur de l'incision est variable ; elle doit être en rapport avec le volume de la tumeur utérine. Pour éviter les inconvénients des incisions trop grandes, on pourrait, dans certains cas, diminuer le volume de la tumeur par la ponction des cavités kystiques et l'énucléation des noyaux fibreux (Péan, Billroth, Kimball). On n'aura recours au morcellement, qui allonge beaucoup l'opération, que dans les cas où l'adhérence totale de la tumeur ne permet aucune mobilité.

L'incision faite, on tombe sur le fibromyome. Il faut alors introduire la main droite dans le ventre et voir s'il est libre d'adhérences. Elles sont, en général, peu nombreuses. Elles peuvent exister entre la tumeur et l'épiploon, la paroi abdominale et l'intestin. Si elles sont minces, on les rompt avec la main, quitte à placer ensuite une pince si elles saignent. Lorsqu'elles sont volumineuses et vasculaires on les coupe entre deux ligatures ou entre deux pinces à forcipressure. Enfin, lorsqu'une partie de la tumeur est reliée par des brides résistantes à l'intestin, on peut, au besoin, abandonner le fragment adhérent et réunir ses bords par un surjet au catgut. On peut également cautériser sa surface au thermocautère (voir *Laparotomie*).

Libre d'adhérences, la tumeur est amenée au dehors. Pour cette extraction on se servira, de préférence, des mains, exerçant simplement sur la tumeur une pression d'arrière en avant. Dans les cas de fibromes très volumineux et partant très lourds, on pourrait se servir avec grand avantage du forceps à dents de brochet et de l'appareil suspenseur de A. Reverdin. Cet appareil est formé d'une pince dont chaque branche ressemble à une fourchette. On saisit la tumeur entre les deux branches

de cette pince. Dans une des trois dents de chaque fourchette, on enfonce une broche qui fixe la tumeur et l'empêche de déraper. Cette pince est suspendue au pla-

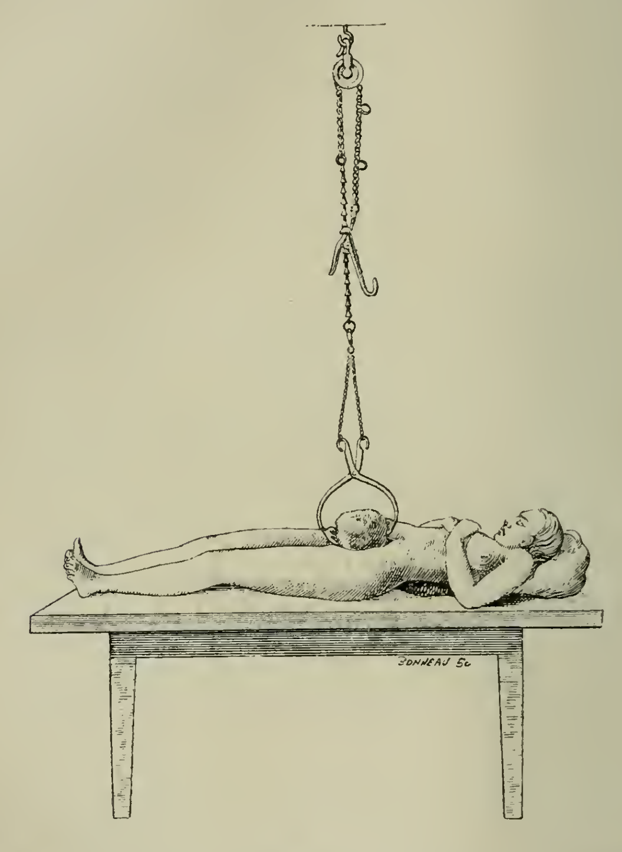


Fig. 42. — Extirpation de l'utérus fibromateux par la voie abdominale à l'aide de l'élévateur de A. Reverdin.

fond par une chaîne qui passe sur une poulie et permet d'élever plus ou moins la tumeur (fig. 42).

La traction exercée sur la tumeur allonge peu à peu les ligaments larges et finit souvent par amener la partie supérieure du vagin entre les lèvres de la plaie abdominale.

Dans certains cas d'énormes tumeurs recouvertes par les intestins, il faut souvent, avant d'extraire le fibrome, sortir l'intestin du ventre, procéder à l'éviscération. Dans ce cas, on place les anses intestinales dans de larges serviettes chaudes et stérilisées.

La tumeur attirée au dehors, on la maintient verticalement. Les lèvres de l'incision abdominale sont rapprochées au-dessous, au moyen de pinces, afin d'empêcher la hernie des intestins. S'ils menacent de sortir, un aide les maintiendra dans la cavité abdominale au moyen d'une large compresse

Il s'agit alors de mettre en place la ligature élastique. On la place sur le col de l'utérus aussi bas que possible en déprimant les ligaments larges et en ayant soin de ne pas comprendre la vessie dans la ligature, ce que les plus habiles opérateurs n'ont pas toujours su éviter. On prévient cet accident en prenant la précaution d'introduire une sonde dans la vessie, ce qui permet de se rendre compte des rapports des deux organes. Un cordon élastique plein de 5 millimètres est saisi solidement entre l'index et le pouce de la main gauche. Celle-ci repose par son bord interne sur le mont de Vénus, tandis que la main droite entoure le col avec le tube fortement tendu. On croise alors les cordons et on les presse l'un contre l'autre avec une pince à larges mors. Hegar se sert d'une pince spéciale. On emploiera aussi commodément une pince clamp, dont on a toujours sous la main une abondante provision. La ligature de Pozzi pourra rendre des services dans les cas, où l'on devra appliquer une ligature sur un col situé très profondément.

Au point d'entre-croisement des deux chefs du cordon, entre la pince et la tumeur, on applique une ligature à la soie bien serrée ; pour plus de sûreté, on en fait une seconde à quelques millimètres en avant de la première (fig. 43). Lorsque le pédicule est gros on fait faire deux

tours au cordon élastique. Ce procédé suffit dans tous les cas et est préférable à la ligature du pédicule en deux parties que Kaltenbach emploie lorsque le pédicule est gros. Cet auteur, après avoir appliqué une ligature simple, transperce, dans ces cas, le pédicule d'avant en arrière avec une aiguille en forme de lardoire, de son invention, qui

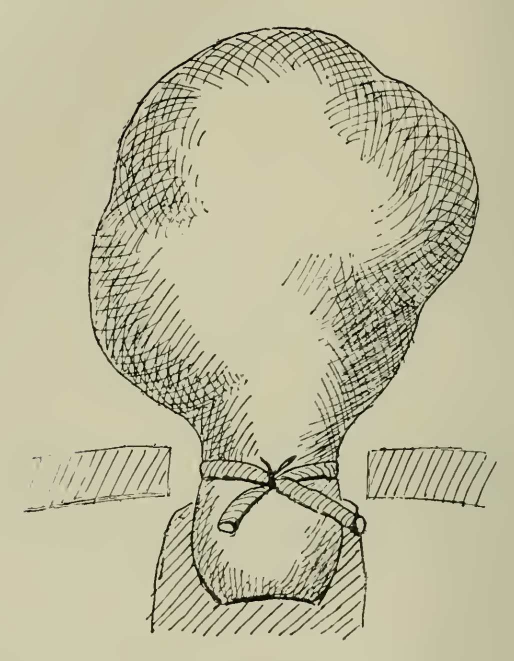


Fig. 43. — Ligature élastique arrêtée par un fil de soie.

entraîne à sa suite un double lien élastique. Avec chacun des deux cordons, on lie ensuite séparément chacune des deux moitiés du pédicule.

Après l'application de la ligature élastique, on coupe la tumeur à environ deux travers de doigt du lien. Cette section se fera avec un bistouri ordinaire en ayant soin d'entourer auparavant le pédicule de compresses stérilisées afin que le sang noir et abondant de la tumeur ne pénètre

pas dans la cavité abdominale. Les ovaires étant généralement situés à la partie supérieure ou sur les côtés de la tumeur, seront presque toujours compris dans cette section ; s'ils ne l'étaient pas, il conviendrait de les enlever séparément, car leur ablation est maintenant de règle.

Pozzi avant d'appliquer la ligature élastique en masse de la tumeur, sectionne les ligaments larges entre deux ligatures en chaîne qu'il fait à l'aide d'une aiguille mousse avec des fils de soie. Il conseille de lier séparément la trompe et le ligament rond. Ce procédé rend l'hémostase plus sûre, mais il a l'inconvénient d'allonger la durée de l'opération. Pour détacher la tumeur, Pozzi fait une première incision antéro-postérieure qui la divise franchement jusqu'à deux travers de doigt de la ligature hémostatique ; puis il enlève le fibrome par section et énucléation.

Avant de passer à la fixation du pédicule au dehors, il convient de faire la toilette du péritoine. Cette toilette se fera presque toujours rapidement puisqu'on a pris soin d'empêcher la pénétration des liquides à l'intérieur de la cavité abdominale. On emploiera de préférence des compresses de tarlatane stérilisées à la chaleur humide et encore chaudes.

Il faudra être sobre de grands lavages péritonéaux. S'ils étaient nécessaires, on se servirait seulement d'eau tiède parfaitement stérilisée.

La fixation du pédicule à la partie inférieure de l'incision abdominale est la caractéristique du procédé que nous décrivons.

On suture le péritoine des bords de l'incision abdominale au péritoine du pédicule au-dessous de la ligature élastique, de manière à constituer le fond d'une gouttière péripédiculaire. Cette gouttière est laissée béante par la non-réunion au voisinage immédiat du pédicule des plans

aponévrotiques, adipeux et tégumentaires. Ce fossé empêche le pédicule destiné à se mortifier d'être étroitement emprisonné dans l'épaisseur des parties molles et de les infecter. Il demeure ainsi isolé et l'on peut autour de lui accumuler des topiques destinés à le maintenir aseptique et à le momifier.

Pour fixer le péritoine pariétal au péritoine du moignon, Hegar conseille seulement de faire deux points de suture à la soie, l'un allant de la partie inférieure de l'incision péritonéale à la face antérieure du pédicule, l'autre entre la face postérieure du pédicule et les feuillets péritonéaux pariétaux que l'on continue d'adosser l'un à l'autre jusqu'à la partie supérieure de l'incision.

Le contact de la séreuse du pédicule avec celle qui forme la boutonnière traversée par le moignon se trouve ainsi suffisamment assuré. Pozzi conseille de faire un surjet au catgut tout autour du pédicule pour obtenir un affrontement plus exact des séreuses (fig. 44). Terrillon, au contraire, ayant observé que l'étroitesse de la boutonnière péritonéale à travers laquelle passe le pédicule suffit pour affronter exactement les surfaces séreuses, supprime complètement la suture du péritoine pariétal au péritoine du moignon.

La partie supérieure de l'incision est ensuite fermée, soit par des sutures en étage au catgut, soit par une suture à points séparés faite au fil de soie ou d'argent. Dans ce dernier cas, les points de suture comprennent toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

On fixe alors le pédicule au-dessus de l'incision au moyen de deux fortes aiguilles d'acier. Ces broches sont passées à l'aide de poignées spéciales à travers le tissu pédiculaire de façon à former un X par leur entre-croisement. On coupe leurs extrémités pointues avec des pinces coupantes et on place sous les extrémités qui reposent sur la paroi abdominale des tampons de gaze iodoformée. On

régularise ensuite la surface de section à coups de ciseaux, en énucléant même les petits noyaux fibreux qu'on peut y rencontrer, et on la cautérise au thermocautère de

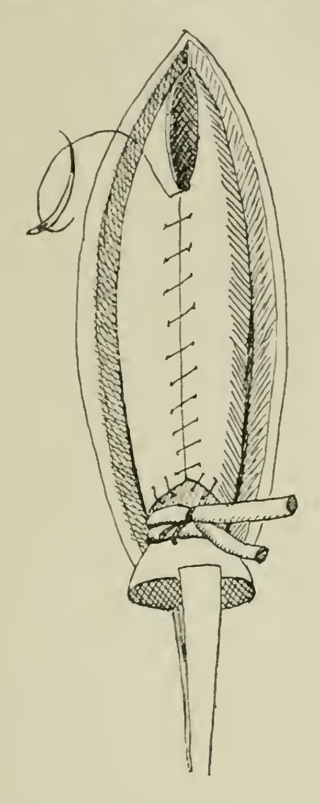


Fig. 44. — Sutures des parois abdominales après l'hystérectomie. Premier étage de la suture continue (péritoine).

Paquelin, principalement au niveau de l'orifice du col, afin de détruire les germes qu'il peut contenir.

Krassowski, de Saint-Pétersbourg, place un drain dans le cul-de-sac de Douglas et fait passer ce drain par le vagin. Cette pratique n'est pas suivie par d'autres chirurgiens.

Reste maintenant à faire le pansement. Il a une grande importance et de lui dépend le succès de l'opération.

Pansement. — Il doit avoir pour but de favoriser la momification du moignon en empêchant l'infection. Hegar se sert de chlorure de zinc qu'il emploie à 5 p. 100 pour badigeonner la surface de section et à 10 p. 100 pour imprégner une épaisse mèche de coton hydrophile qu'il place dans la gouttière péripédiculaire; il applique ensuite un pansement ordinaire à l'iodoforme. Au bout de cinq à sept jours il enlève ce premier pansement et remplace l'ouate par de la gaze iodoformée; le pansement est renouvelé tous les jours.

Kaltenbach se contente du pansement à la gaze iodoformée, mais ayant eu des accidents d'intoxication, il emploie un mélange de trois parties de tanin et une partie d'acide salicylique.

On peut se servir aussi bien de ce mélange que de celui imaginé par Pozzi ; il est formé d'une partie d'iodoforme pour cinq parties de tanin. Le point important est de bien remplir la gouttière péripédiculaire et d'en recouvrir la surface du moignon.

Au bout de huit jours, le pédicule est tanné, momifié.

La ligature élastique tombe du quinzième au vingtième jour, laissant un entonnoir béant et profond. Cet entonnoir granuleux et suppurant bourgeonne petit à petit. Il faut continuer à faire des pansements à la gaze iodoformée jusqu'à ce qu'il soit complètement comblé, ce qui n'a jamais lieu avant six semaines au minimum.

Duret, de Lille, propose d'abréger la guérison sans attendre la mortification et la séparation spontanée du moignon qui se fait généralement du vingtième au trentième et même au quarantième jour. Dès la deuxième semaine, il le sectionne avec des ciseaux courbes, à petits coups, au-dessous de la ligature élastique.

La surface de section est blanche, sèche, dure et exsangue, aucune particule ne se mortifie secondairement.

On arrive ainsi, non seulement à abréger la guérison, mais encore à tarir la suppuration et empêcher la peau et les tissus voisins de s'ulcérer.

B). Méthode intra-péritonéale

Le traitement intra-péritonéal du pédicule, permettant l'occlusion immédiate de la plaie abdominale, supprime, de ce fait, les nombreux inconvénients de la méthode extra-péritonéale : longue durée de la guérison, éventration, abcès des parois, etc. Ce sont ces avantages qui font encore très souvent employer cette méthode aujourd'hui. Elle présente pourtant le grave inconvénient de ne pas mettre la séreuse suffisamment à l'abri de l'infection, et de ne pas toujours offrir la sécurité vis-à-vis de l'hémorragie. La méthode intra-péritonéale n'est pas, du reste applicable à tous les cas. Nous avons déjà indiqué les raisons pour lesquelles elle est dangereuse quand le pédicule est très saignant; elle ne l'est pas moins dans les cas de fibromes à large implantation, où l'on est obligé d'abandonner dans l'abdomen un pédicule que son volume rend dangereux.

Schrœder, le premier, a donné une technique opératoire pour la conservation intra-péritonéale du pédicule. C'est son procédé que nous allons décrire en signalant les modifications que lui ont fait subir Martin, Léopold, Baldy, von Antal..... Nous indiquerons ensuite brièvement le procédé de la ligature élastique, celui des ligatures partielles juxtaposées, celui de la version vaginale du pédicule et les procédés rétro-péritonéaux qui tous se rapportent au traitement intra-péritonéal du pédicule.

Procédé de Schroeder. — Les premiers temps de l'amputation supra-vaginale de l'utérus fibromateux sont les mêmes que si l'on emploie les méthodes intra ou extra-péritonéale. Nous ne reviendrons pas sur l'incision de la paroi, sur la

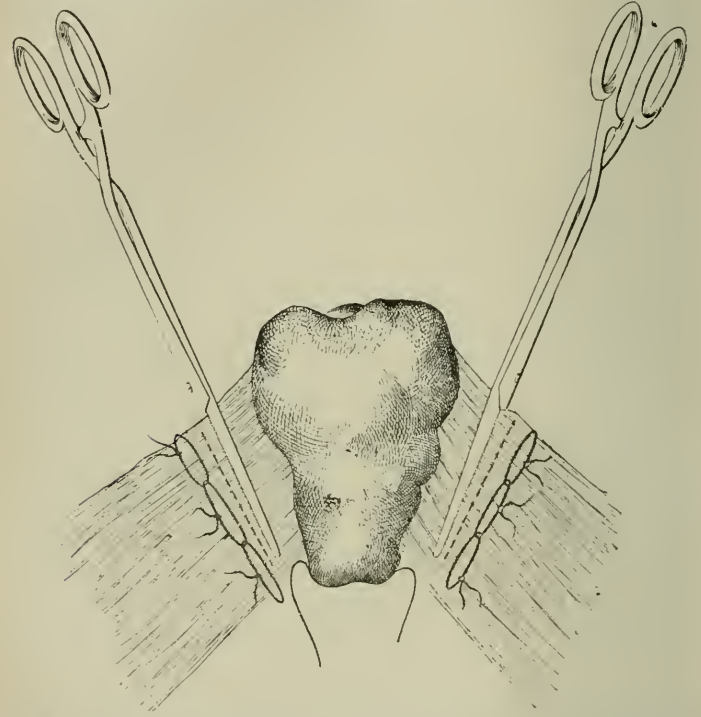


Fig. 45. — Pincement et ligature en plusieurs étages des ligaments larges (Auvard).

mobilisation et l'extraction de la tumeur, et sur l'application de la ligature élastique. Nous ferons cependant remarquer qu'avant d'appliquer cette ligature provisoire, il est nécessaire de détacher les ligaments larges de la tumeur.

Cette section se fera après avoir placé, en dehors des trompes et des ovaires, une ligature en chaîne s'étendant aussi bas que possible vers le col utérin (fig. 45).

On procède alors à l'ablation de la tumeur. Comme on se propose, après l'amputation, de réunir par des sutures les surfaces cruentées, on arrive à ce résultat de deux façons : en taillant deux lambeaux ou en évidant le moignon en cône. Auparavant, on fait la section circulaire du péritoine à 1 centimètre et demi au-dessus de l'endroit où l'on pratiquera l'amputation, et on décolle ce lambeau péritonéal. De cette façon, la rétraction de la séreuse n'empêchera pas de recouvrir le moignon.

Lorsqu'on veut façonner deux lambeaux dans le pédicule, on fait, à 3 centimètres au-dessus du lien élastique, deux incisions qui se rencontrent en V, au voisinage de la cavité utérine. Si l'on emploie l'autre procédé, on coupe la tumeur en travers au même niveau, puis on évide le moignon en entonnoir en enlevant suffisamment de tissu pour que les faces opposées puissent s'adosser l'une à l'autre. On lie séparément les artères volumineuses que l'on aperçoit sur la tranche de section et, avant de réunir les surfaces, on lie isolément les artères principales de l'utérus. On évite ainsi les hémorragies.

Les artères utéro-ovariennes se trouvant comprises dans les ligatures en chaîne des ligaments larges, on n'a plus qu'à lier les artères utérines.

L'hémostase étant ainsi assurée, on passerait à la suture si l'on n'avait pas ouvert la cavité utérine, ou si l'on était sûr de l'asepsie de la plaie. Comme cette cavité utérine est presque toujours ouverte, il convient de détruire les germes qu'elle contient et ceux qui ont pu s'étaler sur la surface de section du moignon. De la désinfection dépendra en grande partie la guérison. La meilleure façon d'y arriver sera de cautériser au fer rouge. On détruit la muqueuse utérine en enfonçant la pointe du thermocautère dans sa cavité aussi profondément que possible ; puis on excise les eschares au bistouri et on touche la surface des lambeaux avec une solution de

sublimé à 1/1000 ou d'acide phénique à 1/20. On peut aussi désinfecter la cavité utérine en y introduisant des petits tampons imbibés d'acide phénique à 1/10. Cette désinfection étant obtenue par l'un de ces procédés, il faut suturer les surfaces.

Leur affrontement présente des difficultés, car il n'est pas facile, le tissu du moignon étant rigide, de serrer suffisamment les fils pour que l'hémostase soit absolue et qu'en même temps la nutrition du moignon ne soit pas compromise.

Schrœder est arrivé à ce résultat en employant la suture en étages. Il fait ses sutures au catgut, qui est suffisamment solide, n'irrite pas les tissus et se résorbe. Mais ces sutures peuvent céder facilement sous l'influence de la rétraction des tissus du moignon. Pour empêcher cette rupture et l'écartement des lèvres de la plaie qui en serait la conséquence, il applique des sutures à la soie embrassant toute la profondeur de la plaie (fig. 46). Martin les fait également au catgut à l'essence de bois de genévrier. Hégar place ses sutures à la soie les premières, afin de ne pas couper les fils de catgut avec l'aiguille, mais on les noue seulement quand la suture en étage est terminée. On les passe à un centimètre et demi les uns des autres de la façon suivante : sur le bord libre du lambeau antérieur on porte une aiguille courbe chargée du fil de soie. Cette aiguille chemine au-dessous de la face cruentée de ce lambeau jusqu'à sa base, pénètre dans la base du lambeau postérieur, chemine au-dessous de la surface de section de ce dernier et ressort sur son bord libre en un point diamétralement opposé au point d'entrée dans le premier lambeau. Lorsque tous ces fils de soie sont en place, on fait une suture au catgut en étages, de façon à ce que les premiers points ferment l'orifice de la cavité utérine, et on continue le surjet jusqu'à ce que les surfaces soient complètement réunies. On noue alors les fils de soie et il ne

reste plus qu'à unir au-dessus d'eux les deux lambeaux péritonéaux par un surjet au catgut.

Léopold supprime les sutures en étages et se contente de passer d'avant en arrière, à travers le moignon, une aiguille chargée d'un double fil de soie, en ayant soin de ne pas pénétrer dans la cavité cervicale ; il lie séparé-

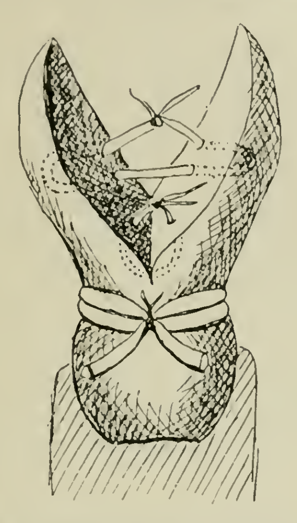


Fig. 46. — Sutures du pédicule dans l'hystérectomie par la méthode intra-péritonéale.

ment chaque moitié du col avec chacun des deux fils qu'il coupe ensuite au ras du moignon.

Les sutures faites, le lien élastique est détaché. Si les ligatures et sutures ont été bien faites, il ne doit pas y avoir d'hémorragie.

Dans le cas où l'écoulement sanguin donnerait quelques craintes, on placerait de nouvelles ligatures. Enfin, dans des cas exceptionnels où le sang suinterait par toutes les piqûres, il ne faudrait pas craindre de mettre, à la base du pédicule, une forte ligature au fil de soie ou un lien élastique perdu. Géza von Antal lie isolément les vais-

seaux au catgut à la surface du moignon. Il ferme ensuite la cavité utérine par un point de suture pour empêcher la pénétration des germes septiques.

Après une toilette minutieuse du péritoine, on referme le ventre.

Martin ajoute le drainage de la cavité péritonéale. Avant de suturer la plaie abdominale, il introduit, à cet effet, dans le cul-de-sac postérieur du vagin une longue pince, et, pendant qu'il déprime le cul-de-sac de Douglas avec l'autre main introduite dans le ventre, il pousse cette pince de bas en haut et perfore la voûte vaginale et le péritoine.

Par cette ouverture, il attire avec la pince dans le Douglas le bout du drain terminé par une croix. Il la laisse en place trois ou quatre jours.

Procédé de Zweifel

Ligatures perdues à la soie, partielles juxtaposées.

Les premiers temps de la technique de Zweifel ne diffèrent guère de ceux du procédé de Schrœder. Mais, quand la tumeur est excisée, il procède à l'application des ligatures partielles juxtaposées. Elles se font au-dessus de la ligature élastique provisoire et comprennent toute l'épaisseur du moignon. Zweifel se sert, pour les faire, de soie désinfectée et d'une forte aiguille à coulisse, mousse, du genre de celle de Reverdin.

Les ligatures, en nombre variable suivant la grosseur du moignon, comprennent une portion de tissu utérin d'un centimètre d'épaisseur environ, et divisent ce moignon en un certain nombre de segments; ceci permet d'obtenir une constriction suffisante pour empêcher toute hémorragie. Chaput isole, autour des artères.

des petits prismes de tissu utérin qu'il lie ensuite séparément.

Lorsque les ligatures partielles sont placées, on rabat les deux lambeaux musculo-péritonéaux qu'on a eu soin de tailler, avant de couper la tumeur, sur la surface de section, et on réunit leurs bords par des sutures superficielles au catgut à points séparés. Réunion de la plaie abdominale.

Zweifel ne fait de drainage que lorsqu'il y a un suintement persistant du moignon.

Procédé d'Olshausen

Ligature élastique perdue.

Kleberg, d'Odessa, l'inventeur de la ligature élastique, commença le premier par réduire un moignon autour duquel il avait placé des liens élastiques ; mais c'est Olshausen qui, dans son mémoire de 1881, eut le mérite de décrire la méthode qui porte encore son nom et d'en vulgariser l'emploi.

La méthode d'Olshausen, dont Terrillon est un des plus chauds partisans en France, est certainement le plus simple des traitements intra-péritonéaux du moignon dans l'amputation supra-vaginale. Malheureusement elle peut donner lieu à des hémorragies foudroyantes, si le fil de soie coupe les extrémités du cordon élastique. Elle présente encore l'inconvénient suivant : la ligature perdue, au lieu de s'enkyster, s'infecte souvent et s'élimine tantôt par le vagin, tantôt par la paroi abdominale.

La technique en est très simple : Après avoir extrait la tumeur de l'abdomen et placé un lien élastique sur son pédicule, on sectionne nettement le fibrome au-dessus de ce lien. Treub de Leyden emploie, comme ligature, une sonde de Nélaton, nº 11 à 13 de la filière Charrière.

La muqueuse cervicale est détruite au thermocautère ; on rôtit aussi la surface de section et on la désinfecte au sublimé. Le moignon, entouré de son tube élastique, est réduit dans l'abdomen et les lèvres de la plaie sont réunies.

Pozzi, dans son mémoire présenté à la Société de Chirurgie en 1883, conseille de maintenir l'extrémité du cordon élastique dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, ou dans un cul-de-sac vaginal; on peut ainsi l'ôter au moment opportun.

Kleberg agissait ainsi déjà en 1877; il laissait l'extrémité du lien dans la plaie de l'abdomen.

Procédé de Byford de Chicago

Procédé de version vaginale du pédicule.

Byford, dans le but de remédier aux inconvénients causés par la présence du moignon dans la cavité péritonéale, emploie la technique suivante :

Après l'ablation de la tumeur, il sépare la vessie du vagin, il déchire la paroi vaginale antérieure et retourne le moignon en avant dans le vagin à l'aide d'un ténaculum. Il unit le bord péritonéal antérieur venant de la vessie avec le péritoine de la face postérieure du pédicule. Un clamp est alors appliqué dans le vagin et laissé jusqu'à ce que l'eschare se détache, ce qui a lieu du dixième au quatorzième jour. De plus, la blessure du tissu cellulaire de la partie supérieure du vagin est bourrée de gaze iodoformée.

Procédés rétropéritonéaux

Dans les procédés de Schrœder, de Zweifel, d'Olshausen, si l'hémostase est assurée, la séreuse n'est pas suffi-

samment à l'abri de l'infection. Les procédés rétropéritonéaux, mettant complètement le moignon en dehors de la cavité péritonéale, nous donnent, à cet égard, une sécurité incomparablement plus grande. En outre, ils évitent les adhérences viscérales, car la suppression de toute surface cruentée dans l'abdomen permet à l'intestin de glisser aisément sur le pédicule recouvert de la séreuse. Le procédé de Richelot que nous allons décrire a valu à son auteur dix-neuf succès sur vingt cas et ces heureux résultats doivent, à notre avis, être en partie attribués à ce que cet auteur arrive par son lambeau unique à éloigner considérablement la ligne de suture de la cavité cervicale, source d'infection des fils.

Procédé de Richelot. — L'hémostase de l'étage supérieur des ligaments larges est faite à la soie. La tumeur est ensuite libérée sur ses faces latérales supérieures par section entre les ligatures. Le péritoine sur la face antérieure de la tumeur est sectionné transversalement d'un ligament large à l'autre à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, les limites vésicales étant, si besoin est, indiquées par une sonde. La lèvre inférieure de l'incision péritonéale est disséquée sur une hauteur de 6 à 7 centimètres, mais variant avec l'épaisseur du pédicule qu'il faut recouvrir. La ligature élastique est ensuite placée sur le col de l'utérus, aussi bas que possible. Goffe et Chrobach appliquent également un lien élastique, mais ce dernier auteur taille deux lambeaux, l'antérieur plus grand que le postérieur.

Notre ami le docteur Milton, au lieu de mettre un lien élastique, procède immédiatement à l'hémostase définitive en liant séparément l'artère utéro-ovarienne et l'artère utérine. Auparavant il confectionne deux lambeaux péritonéaux en faisant une incision en croissant qui passe en avant, à un demi-pouce au-dessus de la vessie. Le

lambeau antérieur étant très court se trouve ainsi formé par la face postérieure de la vessie.

Richelot, après avoir serré le lien élastique, ampute la tumeur à quelques centimètres au-dessus de ce lien. On doit énucléer après, s'il y a lieu, ce qui reste de fibrome dans le pédicule. Chrobach fait l'ablation de la tumeur aussi bas que possible, afin de ne laisser qu'une rondelle du col insignifiante.

Pour assurer l'hémostase définitive et directe du pédicule, un nœud de soie plate tressée suffit ordinairement dans les pédicules maigres; une ligature en chaîne est réservée aux pédicules massifs, en plaçant par dessus un fil qui étreint tout le moignon. Le lien élastique est ensuite supprimé. Reste à fermer le péritoine.

Après avoir régularisé le moignon, puis cautérisé au thermocautère la cavité cervicale, on suture, par-dessus le pédicule, le lambeau péritonéal antérieur au bord libre postérieur du moignon par surjet allant d'un ligament large à l'autre. Ainsi la rangée de sutures se trouve éloignée du canal cervical septique.

C). Méthode mixte

Une méthode mixte, combinaison plus ou moins heureuse des deux précédentes, naquit pendant qu'on travaillait à les perfectionner. Mais si elle réunit les avantages des deux autres, elle n'est pas entièrement à l'abri des mêmes inconvénients.

Freund paraît être le premier chirurgien qui ait décrit une véritable opération mixte, mais c'est le procédé de Wölfler et Hacker, de Vienne, élèves de Billroth, qui est encore employé actuellement.

Procédé de Wölfler et Hacker. — On ampute la tumeur et on fait les ligatures suivant le procédé de

Schrœder ; mais au lieu de plonger le moignon ainsi formé au fond de la cavité abdominale, on le suspend, dans une position intermédiaire, entre les parois abdominales. On réalise cette suspension au moyen d'un fil comprenant dans son anse l'épaisseur des deux lèvres de la plaie abdominale et la surface supérieure du moignon. En attirant les extrémités du fil que l'on fixe sur de petits tampons de gaze, on amène le sommet du pédicule entre les lèvres de la plaie. On réunit la plaie abdominale par des sutures faites sur toute sa longueur, sauf au niveau du pédicule. De plus, on suture le péritoine pariétal au pourtour du péritoine du moignon et on place une mèche de gaze iodoformée et un drain dans la plaie béante. Sänger suture le péritoine pariétal le long de la face postérieure du moignon. De cette façon, le pédicule se trouve compris dans une loge séparée du reste de la cavité péritonéale.

Par le procédé de Wölfler le moignon est intrapéritonéal mais juxta-pariétal. La partie qui contient les sutures et qui est susceptible de saigner ou de suppurer reste en dehors de la grande cavité péritonéale. On n'a donc ni infection, ni hémorragie à redouter.

II. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Nous avons déjà exprimé ailleurs notre sentiment sur la valeur de cette opération que nous pratiquons systématiquement à l'exclusion de l'amputation supra-vaginale. L'hystérectomie abdominale totale a, sur les méthodes à conservation du pédicule, la grande supériorité de supprimer d'un coup tous les inconvénients dus au pédicule. Pour ne parler que des accidents les plus graves, l'hémorragie et la septicémie, l'ablation totale de la tumeur les évite entièrement et nous croyons qu'il est

superflu de chercher d'autres arguments en sa faveur. Aug. Reverdin a émis cet avis déjà en 1893 dans sa communication au septième Congrès de chirurgie. « Le moignon formé par la partie inférieure de l'utérus, a-t-il dit, est au moins inutile, souvent nuisible. »

L'hystérectomie abdominale totale est, du reste, le procédé de nécessité dans le cas de fibromes à large implantation, à pédicule très gros et très court ; elle est, nous avons tout lieu de le penser, le procédé de choix pour tous les fibromes sus-ombilicaux nécessitant l'intervention chirurgicale.

Ces contre-indications sont celles de toute opération abdominale et se rapportent au mauvais état général de la malade. La dégénérescence sarcomateuse d'un énorme corps fibreux adhérant de tous côtés à l'épiploon, à l'intestin, au péritoine pariétal, peut également constituer une contre-indication à l'intervention, mais cette contre-indication vise, au même titre, toutes les méthodes. L'ablation totale de l'utérus fibromateux peut être faite uniquement par la voie abdominale — *hystérectomie abdominale totale proprement dite*, ou par les deux voies, abdominale et vaginale combinées — *hystérectomie abdomino-vaginale*.

Hystérectomie abdominale totale proprement dite.

La voie abdominale étant réservée, la plupart du temps, aux fibromyomes dépassant le niveau de l'ombilic, on peut parfois se trouver en présence de tumeurs qui, par leur énorme volume, obstruent tout le champ opératoire. Quelques chirurgiens procèdent, dans ces cas, à l'exérèse de la tumeur en deux fragments, réservant l'ablation en un seul bloc aux fibromes de moindre dimension.

Martin, entre autres, agit ainsi. Nous allons décrire ses deux procédés, de même que ceux de Ricard, de Doyen, de Richelot, et celui de Kelly modifié par Segond, tous

se recommandant par la promptitude d'exécution, facteur le plus important dans toute intervention abdominale. Du reste, les procédés de Péan, de Chrobach, de Lennander, de Polk, de Guermonprez, de Baldy, d'Edebohls, de Lanphear ont plus d'un point de ressemblance avec ceux de Martin, et les procédés de Jonnesco, de Jacobs, de Poirier, etc., dérivent de celui de Ricard.

Nous remarquerons une fois pour toutes que l'hystérectomie abdominale totale proprement dite aussi bien que l'hystérectomie abdomino-vaginale réclament, en dehors des soins préliminaires de toute laparotomie, l'antisepsie parfaite du vagin. C'est qu'en effet dans tous les procédés, le vagin est ouvert : instruments ou doigts de l'opérateur, après avoir été en contact avec le canal vaginal, risquent d'infecter la grande séreuse. Le vagin sera donc rigoureusement désinfecté comme pour l'hystérectomie vaginale (voir p. 161).

Procédé de Martin

Exérèse de la tumeur en deux fragments.

La tumeur amenée au dehors, on place une ligature élastique aussi bas que possible sur le col de l'utérus et on ampute le segment supérieur de la tumeur comme dans le procédé de Hegar. On ouvre ensuite le cul-de-sac vaginal postérieur sur le doigt d'un assistant, en incisant directement sur la face postérieure du col d'un ligament large à l'autre. L'hémostase de l'étage inférieur des ligaments larges devient alors facile. Le doigt étant introduit dans le vagin, la boutonnière ainsi faite sert à diriger l'aiguille pour placer les ligatures. On en fait une ou plusieurs de chaque côté, suivant le besoin. Les parties à lier sont toutes prises aussi petites que possible.

Le moignon est ensuite libéré latéralement et ne tient

plus en place que par ses adhérences avec la vessie. On ouvre le cul-de-sac vésico-utérin de même manière et on décolle la vessie avec les doigts ou avec un instrument mousse. Le segment inférieur se trouve alors complètement détaché et il ne reste qu'à l'enlever.

Les sutures sont faites de la façon suivante : le bord postérieur du vagin est réuni au bord postérieur du péritoine par quatre points de suture au catgut. Quatre autres points unissent la tranche vaginale antérieure à l'incision antérieure du péritoine. Tous les fils réunis en faisceaux sont passés de la cavité abdominale dans le vagin et tirés à la vulve à l'aide d'une pince introduite par cet orifice.

Martin laissait d'abord le péritoine ouvert et faisait le drainage. Actuellement, comme il l'a dit au Congrès de Rome, il supprime le drainage et ferme le péritoine par quelques points de suture au catgut, allant du péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas au péritoine vésical.

Procédé de Martin

Exérèse de la tumeur en un fragment.

Lorsque Martin enlève la tumeur en un seul temps, il ne place pas de ligature élastique et procède de suite à la ligature des ligaments larges jusqu'au contact immédiat de la voûte vaginale. Le cul-de-sac vaginal postérieur est alors ouvert, comme nous l'avons indiqué, et la tranche vaginale est suturée au bord postérieur de l'incision péritonéale par quelques points au catgut. Même manœuvre pour le cul-de-sac vésico-utérin antérieur qu'on incise et qu'on borde de sutures après avoir décollé la vessie. La muqueuse vaginale se trouve ainsi suturée à la paroi vésicale et au péritoine. On enlève le moignon. Quelques points de suture ferment le péritoine. Les fils sont ramenés à la vulve.

Procédé de A. Ricard

Ce procédé réunit à la sécurité parfaite, une simplicité et une promptitude d'exécution qui le recommandent tout particulièrement.

Voici la description qu'en a donnée son auteur (Congrès de chirurgie, Paris, 1896) :

« Le premier temps, une fois la laparotomie faite, consiste dans l'*énucléation* forcée du fibrome hors du ventre. Cette énucléation, facile dans bien des cas, est rendue souvent impossible par des adhérences, salpingites suppurées, lésions annexielles diverses, enclavement pelvien, coexistence de fibromes dans le ligament large, etc. Quelle que soit la cause de cette fixité du fibrome, il faut lever l'obstacle qui retient la tumeur avant d'essayer de passer au deuxième temps, et, pour cela, on enlèvera les poches salpingiennes, on évidera et enlèvera les fibromes enclavés, on détruira les adhérences, etc.

« Le fibrome devenu mobile et fortement tiré hors du ventre, on a recours à l'hémostase primitive. Tout d'abord, je sectionne, sous des pinces, l'artère utéro-ovarienne droite, puis, par la brèche créée, j'effondre le ligament large, le long de l'utérus tendu, jusqu'au dôme vaginal ; j'arrive alors facilement sur le pédicule de l'artère utérine, que l'on voit nettement enroulée de ses veines. Je place une pince et coupe ; si l'artère échappe, une pince ordinaire suffit pour la saisir, et l'hémorragie de cette artère dénudée n'est jamais bien considérable. Je pratique la même manœuvre de l'autre côté. Par un trait transversal antérieur, je rejoins mes deux incisions péritonéales latérales, décolle le péritoine et repousse facilement la vessie vers le pubis. Dès lors, l'utérus fibromateux ne tient plus que par le vagin, dont il s'agit de le séparer ; pour cela, directement ou sur une pince introduite dans la

cavité vaginale, j'incise l'un des culs-de-sac, de préférence le postérieur, mais cependant aussi le cul-de-sac antérieur, si le Douglas est peu accessible. J'agrandis la boutonnière vaginale, et, saisissant le col, je désinsère à coups de ciseaux l'insertion du vagin, l'utérus vient alors rapidement. Deux ligatures à la soie, placées de chaque côté, se substituent aux pinces. Je tamponne le vagin, préalablement asepsié, en le bourrant par l'abdomen d'une compresse stérilisée, et je referme le ventre.

« Après avoir, dans mes premières opérations, fermé avec soin et suturé le péritoine par-dessus le vagin béant, j'ai complètement cessé cette manière de faire, qui me paraît inutilement allonger l'acte opératoire, et n'ai enregistré aucun inconvénient.

« Jamais je n'ai blessé la vessie ni l'uretère. Quant aux accidents hémorragiques que redoutent théoriquement les chirurgiens qui n'ont pas la pratique de l'opération, je les crois rares, et plus facilement évitables par cette méthode que par d'autres. On peut, en effet, enlever de volumineux fibromes sans perdre plus de deux cuillerées de sang. »

Procédé américain de Kelly (*modifié par Segond*)

L'hystérectomie abdominale totale est pratiquée d'une manière exclusive par la grande majorité des chirurgiens américains. Le manuel opératoire qu'ils suivent offre quelques variantes, suivant les chirurgiens, mais ses grandes lignes n'en demeurent pas moins constantes. La description qu'en ont donnée Howard, A. Kelly, au Congrès de Washington, le 12 novembre 1895, a été reproduite dernièrement par Segond dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (juillet-août 1897).

La seule modification que propose ce dernier auteur

consiste à supprimer la petite rondelle de col que Kelly respecte, afin d'obtenir une occlusion complète du péritoine et du vagin.

Le procédé américain modifié ainsi assure un large drainage vaginal, ce qui donne à l'intervention beaucoup plus de sécurité. Nous empruntons à Segond la description de ce procédé.

« Mettre la malade en position renversée, se placer à sa droite, inciser la paroi abdominale, se comporter vis-à-vis des adhérences intestinales ou épiploïques suivant les règles habituelles, et, sans se préoccuper autrement des masses qui encombrent le petit bassin, du volume des tumeurs ou de leurs connexions pelviennes, se porter d'emblée sur le bord supérieur du ligament gauche, en dehors des annexes. L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro-ovarienne en dehors des annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique quelconque, la couper entre la ligature et la pince, puis sectionner tout l'aileron correspondant. Traiter de même l'artère du ligament rond et couper toute la hauteur du ligament large de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine.

Bien reconnaître celle-ci, et, comme les feuillets du ligament large flottent librement, comme il n'y a nulle part de grosse pince étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple. Si le ligament large est occupé par une tumeur liquide ou solide, il faut s'en débarrasser suivant les règles habituelles, pour procéder ensuite à la recherche précédente. L'artère une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus et la couper entre le fil et la pince. Poursuivre ensuite le décollement au-dessous de l'utérine et au ras de l'utérus, puis, d'un coup de ciseaux, pénétrer directement dans le vagin, sans le secours d'aucun instrument faisant bomber le cul-de-sac vaginal correspondant, et

sans autre guide que la perception digitale du col, au travers des parties molles.

A ce moment, l'hémostase n'est jamais complètement assurée par le fil unique de l'utérine ; les petites branches collatérales donnent souvent beaucoup plus de sang qu'on ne se plaît à le dire, et il va de soi qu'on doit en

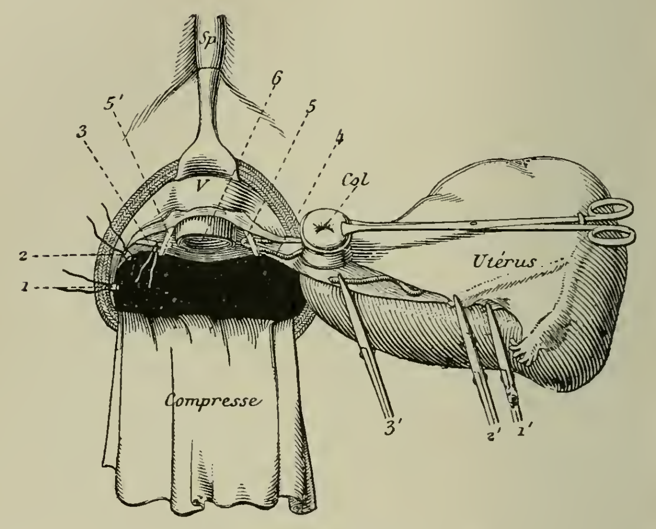


Fig. 47. — Hystérectomie abdominale totale par la méthode américaine (d'après Segond).

1, 2, 3, ligature de l'artère ovarique, de l'artère du ligament rond et de l'artère utérine (bout central) ; 1', 2', 3', forcipressure de mêmes artères (bout périphérique) ; 4. artère utérine droite mise à découvert par la reclinaison latérale de l'utérus 5, 5', uretères : 6, coupe du vagin ; V, veine ; Sp. spéculum derrière la symphyse (Chalot).

assurer l'occlusion par des ligatures appropriées. Procéder ensuite à la succession des temps suivants : préhension du col au travers de la brèche vaginale ; renversement du museau de tanche, en haut et à droite. à l'aide d'une pince convenable ; libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce dernier niveau, et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des

tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte de l'utérine correspondante ; ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'artère utéro-ovarienne (fig. 47).

Dans cette dernière partie de l'opération, la mise à nu de l'utérine par l'arrachement du col vers le haut est d'une surprenante facilité. Après libération de ses attaches vaginales, le col se laisse très aisément décortiquer par traction, et on voit aussitôt l'artère utérine dénudée dans une grande étendue et couchée au fond du décollement produit. Un autre détail important à noter, c'est que, en cas de gros fibrome, la masse utéro-ovarienne renversée à droite porte forcément de tout son poids dans le vide ou sur le tablier de l'opérateur. Il convient donc de la soutenir pour éviter un arrachement trop brusque et de veiller à ce que le tablier sur lequel elle vient s'appuyer soit parfaitement aseptique.

La masse utéro-ovarienne étant enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, et assurer le drainage avec une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin. Je n'insiste pas sur les deux dernières manœuvres qui sont de pratique courante, mais je souligne d'une manière très particulière la nécessité urgente de bien soigner l'hémostase, et, soit dit en passant, il faut s'attendre à ce que le temps nécessaire pour cela soit plus long, soit même beaucoup plus long que les quinze ou vingt minutes généralement exigées par l'hystérectomie elle-même.

Quand on ne laisse pas, à la manière de Kelly, une rondelle de col, il est en effet très rare que les six ligatures maîtresses suffisent. Nombre de petites artères donnent au-dessous du moignon des utérines ou sur la tranche vaginale, et, pour éviter les complications hémor-

ragiques, il faut apporter une attention très particulière soit à la ligature des artérioles qu'on peut isolément saisir, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin et la suturer au péritoine voisin. Comme fil, j'emploie de préférence de la soie fine et solide. La perfection de l'hémostase me paraît, de la sorte, mieux assurée que par des ligatures au cagut, et la sécurité qu'on en retire compense les petits ennuis que donne parfois l'élimination ultérieure de quelques-uns des fils.

Procédé de Doyen

Nous ne décrirons que le dernier procédé de Doyen que cet auteur a communiqué au Congrès de Genève et qu'il emploie actuellement d'une manière exclusive.

L'originalité principale de cet ingénieux procédé est la suppression de toute espèce d'hémostase préventive. Cette particularité, jointe à la réduction au maximum des différents temps opératoires, permet d'agir avec une très grande célérité.

Nous donnons ici un extrait de la communication de Doyen.

L'auteur emploie la position déclive de Trendelenburg. La tumeur extraite de l'abdomen grâce à un crochet spécial ou à l'aide de la pince et de l'élévateur de Reverdin, on perfore le cul-de-sac postérieur du vagin à l'aide d'une pince courte. La boutonnière agrandie, le col est saisi à l'aide d'une pince-érigne. On libère de deux coups de ciseaux les attaches latérales du col qui s'élève de quelques centimètres. La lèvre antérieure est saisie à son tour, la muqueuse du cul-de-sac antérieur du vagin sectionnée, et le col, attiré en haut, se détache en un instant de la vessie, de bas en haut, et sans danger de lésion des uretères. L'index gauche est introduit de l'abdomen vers

le pubis, sous le ligament large du côté droit, isole de l'utérus l'arcade artérielle utéro-ovarienne, et le ligament est sectionné entre l'ovaire et l'utérus. La tumeur rapidement attirée vers la gauche, du côté de l'opérateur, s'isole en se déroulant en quelque sorte de son enveloppe séreuse et le ligament large de gauche est à son tour sectionné.

Nélaton, Reclus, préfèrent pratiquer l'hémostase préventive des ligaments larges. L'auteur trouve cette modification inutile. C'est à peine s'il est nécessaire, au moment de la section des ligaments larges, tout près de l'utérus, de les saisir entre les doigts.

On fait l'hémostase à ciel ouvert comme dans une simple amputation du sein. Quatre ligatures suffisent d'habitude, y compris la ligature des pédicules tubo-ovariens; elles sont attirées dans le vagin après résection des annexes.

La tranche péritonéo-vaginale, qui parfois saigne un peu, est réduite à une simple lèvre par une suture en surjet et le péritoine fermé par une double suture en bourse.

Existe-t-il des adhérences multiples, des fibromes sous-péritonéaux ou ligamentaires, rendant inaccessible le cul-de-sac postérieur du vagin, il procède rapidement à leur énucléation après avoir incisé le péritoine au-dessus d'eux, jusqu'à ce qu'il puisse perforer le cul-de-sac de Douglas.

Procédé de Richelot

C'est le nouveau procédé, très simple et expéditif, de cet auteur, qu'il a décrit dans la *Revue de Gynécologie* en 1897 (n° 2, mars-avril), que nous allons exposer.

Richelot l'a ainsi résumé dans sa communication à la Société de chirurgie.

La malade est sur le plan incliné, le chirurgien à sa gauche.

L'incision faite, la masse fibreuse est sortie de l'abdomen; une valve large, placée vers le pubis, ouvre la plaie et donne du jour. Un lambeau péritonéal antérieur est taillé pour refouler la vessie dans le petit bassin. Le doigt, en décollant le péritoine, met à nu le tissu paramétrique,

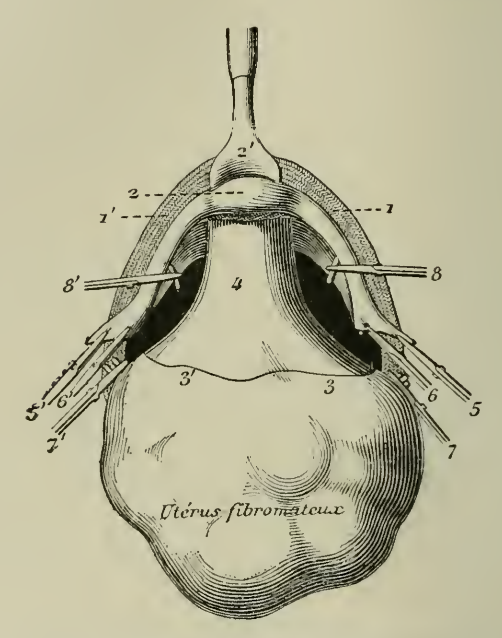


Fig. 48. — Hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins d'après le procédé de Richelot.

1, 1', lèvres de la plaie abdominale; 2, vessie; 2', spéculum placé derrière la symphyse pubienne; 3, 3', section du péritoine entre la vessie et l'utérus; 4, col et la portion supérieure du vagin mis à nu; 5, 5, pinces-clamps sur la coupe externe des ligaments ronds droit et gauche; 6, 6. pinces sur la coupe externe des vaisseaux utéro-ovariens droits et gauches; 7, 7', pinces sur la coupe intérieure des vaisseaux utéro-ovariens droits et gauches: 8, 8', pinces sur la coupe inférieure des artères utérines droite et gauche (Chalot).

au milieu duquel on voit, par transparence, l'artère utérine. On libère l'utérus à droite et à gauche en échelonnant trois pinces environ sur le ligament large, et en coupant au ras de l'organe. La première pince saisit le bord supérieur du ligament, la dernière saisit l'utérine (fig. 48).

Il suffit alors, pour détacher l'utérus, de couper circulairement l'insertion vaginale avec des ciseaux, au jugé pour ainsi dire, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, de telle façon qu'il en reste à chaque lèvre de la plaie vaginale (fig. 49). Aussitôt que l'utérus est enlevé, on ferme le vagin

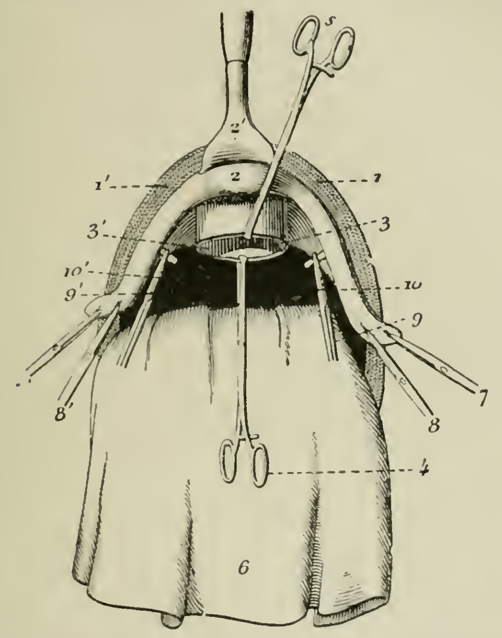


Fig. 49. — Hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins d'après le procédé de Richelot.

1, 1', lèvres de la plaie abdominale; 2, vessie; 2', spéculum derrière la symphyse pubienne; 3, 3', coupe du vagin maintenu ouvert par les pinces-érignes 4, 5; 6, large compresse de gaz qui protège l'intestin en arrière et au-dessus du vagin; 7, 7', pinces-clamps sur la coupe externe des ligaments ronds; 8, 8', pinces sur la coupe externe des vaisseaux utéro-ovariens droits et gauches; 9, 9', pinces pour la coupe inférieure des artères utérines droite et gauche; 10, 10', espace de Douglas largement découvert derrière la coupe du vagin.

avec trois ou quatre fils de catgut, pour faire l'hémostase de la tranche postérieure qui saigne toujours. Puis on traite les ligaments larges, en substituant aux pinces non des fils de soie forte qui étreignent le tissu en un ou deux faisceaux, restent dans le ventre ou sont amenés dans la

plaie vaginale pour s'éliminer tardivement; mais avec des catguts séparés, échelonnés de bas en haut, placés perpendiculairement à l'axe vertical du ligament large dont les premiers saisissent l'utérine et les derniers ferment l'étage supérieur. Le ligament n'est pas tiraillé, reste à sa place et conserve sa hauteur ; aucun fil ne peut glisser. Il ne reste plus qu'à rabattre le lambeau péritonéal antérieur pour couvrir le moignon vaginal et la région de l'utérine. Quelques points suffisent; le résultat final est une ligne de sutures séro-séreuses en croissant ou en fer à cheval.

Hystérectomie abdomino-vaginale.

Les divers procédés de l'hystérectomie abdomino-vaginale peuvent être réunis en deux groupes suivant que l'intervention abdominale est la première ou la dernière. Dans la première variété rentrent les procédés de Péan, de Martin, de Richelot; dans la seconde, ceux de Bardenheuer, de Boldt, de Rouffart, de Jacobs, de Chaput.

Procédé de Péan

C'est le procédé auquel Péan avait le plus souvent recours dans les dernières années.

Après avoir basculé la tumeur au dehors et facilité cette extraction par le gros trocart courbe à manche de Péan, on place une ligature élastique provisoire aussi près que possible du col, à la base de la tumeur. S'il y a plusieurs fibromes, on met une ligature à la base de chacun d'eux et une dernière au-dessous de tous embrassant la base entière de la tumeur ; les ligatures sont maintenues avec une forte pince.

La tumeur est enlevée ensuite partiellement dans toute la partie supérieure à la ligature élastique provisoire.

De plus, cette portion supérieure, si elle est volumineuse, est enlevée en plusieurs fragments par morcellement.

Le moignon, qui est destiné à être enlevé par le vagin, est traversé par un fil d'argent double ou par plusieurs fils métalliques, si le pédicule est volumineux. Ces fils sont passés, grâce à une forte aiguille courbe qui traverse le pédicule, soit au-dessus, soit au-dessous de la ligature élastique, qu'on supprime ensuite. Une fois passé, le fil métallique est coupé, puis enchaîné, tordu sur les côtés. Asepsie du moignon qu'on lave avec des éponges imbibées de sublimé à 1/1000. Cautérisation de la muqueuse utérine au thermocautère.

Les manœuvres abdominales sont terminées.

La paroi de l'abdomen est refermée incomplètement à la partie inférieure, afin d'agir immédiatement sur le pédicule si la ligature venait à céder et si une hémorragie avait lieu.

On place alors la malade dans la position dorso-sacrée ou dans le décubitus latéral gauche. Les parois vaginales étant écartées et le col abaissé avec une pince de Museux, on fait l'incision circulaire du vagin sur le pourtour du col, exactement comme pour une hystérectomie vaginale. La vessie et le rectum sont décollés avec les doigts ou les ciseaux mousses et l'hémostase de l'étage inférieur des ligaments larges est réalisée par une ou plusieurs pinces échelonnées de chaque côté et placées le plus près possible de l'utérus. Les ligaments sont sectionnés au ras du tissu utérin. Si le moignon est petit, on le bascule ensuite en avant, on pince l'étage supérieur des ligaments larges de haut en bas, on les sectionne avec des ciseaux courbes et on enlève le pédicule. S'il est impossible de le basculer, on pincera les ligaments de bas en haut. Enfin si le pédicule est gros, on l'extirpera par morcellement. Du reste on peut appliquer à ce temps opératoire tous les

procédés d'hystérectomie vaginale que nous indiquons plus loin. Pansement ordinaire (voir p. 171).

Dans le procédé de Martin, les manœuvres abdominales sont les mêmes, mais la tumeur est enlevée d'une pièce, sans morcellement. Les fils métalliques pour lier le pédicule sont remplacés par des fils de soie.

L'ablation du pédicule est faite d'après le procédé d'hystérectomie vaginale de cet auteur, qui se sert de ligatures à la place de pinces pour l'hémostase des ligaments larges (voir p. 186).

Procédé de Richelot

Nous avons exposé plus haut le dernier procédé de cet auteur qui préconise actuellement l'hystérectomie abdominale totale proprement dite. Celui-ci fut communiqué à la Société de chirurgie le 24 avril 1895.

Richelot ne place pas de ligature élastique. Après avoir évidé l'utérus par énucléation et morcellement des fibromes qui encombrent l'excavation pelvienne, il taille un lambeau péritonéal antérieur et éloigne la vessie et les uretères. Puis il ouvre le cul-de-sac antérieur, et, ayant saisi avec la main gauche les ligaments larges l'un après l'autre, il pratique au-dessus, avec la pointe des ciseaux mousses, un petit orifice au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale. Il est facile alors, avec une pince courbée sur le champ à mors longs de 1 à 10 centimètres, introduite par le vagin, de saisir tout le ligament de bas en haut en passant la branche antérieure à travers l'ouverture du cul-de-sac antérieur, la branche postérieure à travers la petite boutonnière. Les deux ligaments pincés sont incisés au ras de l'utérus et le cul-de-sac postérieur est ouvert ensuite. Deux ou trois pinces longuettes sont placées sur la tranche vaginale qui saigne ordinairement.

Procédé de Bardenheuer

Ce procédé pour l'ablation de l'utérus fibromateux est absolument identique à celui de Freund pour le cancer de la matrice, bien entendu, avec la modification apportée à ce dernier par Rydygier.

On commence par l'incision circulaire du col comme pour une hystérectomie vaginale et on passe de suite aux manœuvres abdominales.

La tumeur étant attirée au dehors, on lie les ligaments larges au catgut, le plus bas possible. Le péritoine est alors incisé sur les faces antérieure et postérieure de la tumeur et décollé jusqu'à l'incision vaginale. La vessie et le rectum se trouvent ainsi libérés de leur adhésion à l'utérus. On sectionne ensuite les ligaments larges en dedans des ligatures et seulement sur la hauteur de ces ligatures. Le petit point qui reste et qui correspond à la zone des artères utérines est lié ensuite et la tumeur détachée en une seule pièce.

La circonférence de l'ouverture péritonéale est suturée à la tranche vaginale correspondante et un drain en T est introduit par le vagin jusqu'à la partie la plus élevée de l'excavation.

Procédés de Rouffart, de Jacobs, de Chaput, de Boldt

Rouffart, Jacobs, Chaput, après l'incision du vagin, décollent, aussi haut que possible, la vessie et le rectum et saisissent l'étage inférieur des ligaments larges entre les mors des pinces longuettes laissées à demeure. Une incision en dedans des pinces libère le col latéralement. On passe ensuite aux manœuvres abdominales. Chaput ampute avant la zone inférieure de la tumeur par section ou morcellement, suivant son volume.

Après avoir attiré la tumeur au dehors par l'ouverture abdominale, il ne reste qu'à lier la portion supérieure des ligaments larges.

Jacobs remplace les ligatures par de longues pinces hémostatiques qu'il applique jusqu'à la rencontre des pinces vaginales. C'est seulement après l'exérèse de la tumeur, lorsque le champ opératoire est devenu libre, que les deux pinces abdominales sont remplacées, pour l'hémostase définitive, par deux pinces introduites par le vagin. Actuellement, Jacobs se sert des pinces spéciales à manches mobiles. Les mors laissés en place par l'abdomen sont réarticulés sur les manches introduites par le vagin.

Boldt met des ligatures aussi bien sur l'étage inférieur des ligaments larges, que sur la portion supérieure. Les premières sont faites par le vagin, les secondes par l'abdomen. La circonférence péritonéale est fermée par un surjet au catgut.

Choix d'un procédé. — Tous les procédés d'ablation totale de l'utérus que nous avons décrits ont donné d'excellents résultats entre les mains de leurs auteurs et de ceux qui les ont imités. Il nous est donc difficile de nous prononcer plutôt pour l'un que pour l'autre. Le plus souvent c'est une affaire d'habitude de la part de l'opérateur. Nous pensons, néanmoins, que l'hystérectomie abdominale totale proprement dite est supérieure à l'hystérectomie abdomino-vaginale qui exige des manœuvres successives dans la cavité péritonéale et le vagin et nécessite un changement dans la position de la malade.

Malgré toutes les précautions qu'on prend du côté du vagin, on n'est jamais certain d'obtenir une asepsie complète et les chances d'infection demeurent toujours plus grandes lorsqu'on a recours à l'ablation de l'utérus fibromateux par les deux voies combinées.

XVI

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

CASTRATION UTÉRINE OU UTÉRO-OVARIENNE

L'extirpation de l'utérus exécutée pour la première fois en France par Récamier, en 1828, a été surtout vulgarisée par notre maître Péan qui, le premier, en a donné une technique complète et l'a pour ainsi dire imposée par ses succès retentissants.

L'hystérectomie vaginale pour lésions bilatérales des annexes porte, du reste, son nom (opération de Péan). De nombreuses modifications, souvent très heureuses, ont été introduites depuis dans le manuel opératoire primitif et nous font un devoir de les décrire en même temps que la technique de Péan. La pratique personnelle nous a, du reste, prouvé qu'il est souvent impossible, dans l'exécution de la castration utérine, de se tenir strictement à un seul procédé. Il est absolument indispensable d'avoir présent à l'esprit au moins toutes les méthodes principales et de pouvoir, au besoin, les combiner au cours d'une même intervention.

Indications. — Un très grand nombre d'affections utérines peuvent réclamer l'hystérectomie vaginale.

Les *métrites hémorragiques* ou *métrites glandulaires hypertrophiques*, rebelles à tout traitement, qui ont résisté à une série de curettages et à l'amputation du col, peuvent

nécessiter cette intervention. Elle ne doit être employée qu'en dernière ressource, pour mettre un terme aux souffrances de la malade ou pour parer au danger de métrorragies incoercibles. Quelques chirurgiens s'en sont également servis dans certaines *rétroversions très douloureuses*, après l'échec de tout autre traitement.

Le *prolapsus génital* est aussi quelquefois justiciable de cette opération dans le cas où l'utérus est très hypertrophié, difficile à réduire, surtout chez les femmes ayant passé la ménopause. Elle doit alors être complétée par une large excision du vagin et par une colpo-périnéorrhaphie.

L'*inversion de l'utérus* sera traitée de la même manière, si la réduction est impossible.

Dans le *cancer du col* ou du *corps de la matrice*, dans le sarcome de cet organe, lorsque ni le vagin, ni la vessie, ni le rectum ne sont envahis par le néoplasme, l'hystérectomie vaginale est indiquée dès les premières atteintes du mal.

La *tuberculose de l'utérus* doit encore, à l'exemple de Péan, être traitée par cette opération si l'état des poumons ne s'oppose pas à toute intervention radicale.

Les *fibromes utérins*, les fibromes intra-ligamentaires auxquels on ne peut appliquer les procédés d'énucléation, ou de myomotomie vaginale par morcellement, mais qui néanmoins ne dépassent pas l'ombilic, réclament également l'hystérectomie vaginale.

Elle est encore la méthode de choix préconisée par Péan, dès 1887, pour le traitement des *lésions bilatérales suppurées des annexes*. On lui donnera la préférence sur la laparotomie, surtout lorsque les lésions annexielles inflammatoires ou suppurées sont très anciennes et très adhérentes à l'utérus.

Mais où tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître la supériorité de l'hystérectomie vaginale sur toute

autre intervention, c'est dans le cas de suppurations diffuses transformant les tissus du petit bassin en une véritable éponge purulente. Elles ne peuvent être efficacement traitées que par un large drainage de tout le foyer, drainage que cette opération seule permet.

Technique. — Avant d'aborder l'étude des divers procédés de l'hystérectomie vaginale, nous croyons utile d'indiquer ses principes fondamentaux. Il sera facile alors de saisir les modifications apportées par tel ou tel auteur au plan général de l'opération. Ces modifications sont souvent très ingénieuses et très précieuses, mais elles ne visent guère que certains détails du procédé fondamental. Les temps principaux de l'opération sont :

1° Préhension de l'utérus et son abaissement, si possible ;

2° Incision circulaire de la muqueuse vaginale tout autour du col ;

3° Décollement de la vessie et du rectum. Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur du péritoine ;

4° Hémostase des ligaments larges : pincement des ligaments larges avec des pinces spéciales ou placement des ligatures ;

5° Section des ligaments larges entre les pinces et les bords latéraux de l'utérus, ou leur section en dedans des ligatures ;

6° Extirpation de l'utérus et, s'il est possible, ablation des annexes, après avoir placé une pince au delà de l'ovaire et de la trompe ;

7° Tamponnement de la cavité créée par l'ablation de l'utérus si l'hémostase est faite à l'aide de pinces laissées à demeure. Suture de la lèvre antérieure à la lèvre postérieure de la plaie, si les ligaments larges ont été sectionnés après la pose des ligatures.

Nous allons maintenant étudier en détail ces divers

temps et indiquer les soins préliminaires et consécutifs que réclame toute hystérectomie vaginale.

Soins préliminaires. — Pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, la malade prendra, matin et soir, une injection vaginale chaude, de deux litres, avec une solution de sublimé à 1/2000. La veille de l'opération, elle sera purgée et prendra un bain. Un lavement sera administré trois ou quatre heures avant l'opération.

Au moment de l'intervention, la malade sera revêtue d'un grand peignoir de flanelle fendu jusqu'à mi-dos, ce qui permettra d'en relever les pans. Les jambes seront garnies d'ouate jusqu'à mi-cuisse. La malade sera placée sur une table étroite, dans la position dorso-sacrée, le bassin fortement relevé et débordant la table. Des supports pour les cuisses seront très utiles afin d'éviter aux aides la fatigue de maintenir les jambes de l'opérée fléchies sur ses cuisses. La vulve et le pubis seront rasés, soigneusement savonnés, brossés et lavés à l'alcool et au sublimé à 1/1000. Le vagin sera également savonné et irrigué avec le même liquide. La malade sera sondée avant de terminer sa toilette. Les parties supérieures des cuisses et l'hypogastre seront recouvertes de compresses antiseptiques.

Les aides auront un rôle déterminé à l'avance. Deux d'entre eux seront placés de chaque côté de la malade, celui de droite préposé à la valve supérieure, celui de gauche à la valve inférieure. Un troisième assistera plus directement l'opérateur et aura surtout à s'occuper des tampons. Un quatrième sera utile pour passer les instruments. Un cinquième donnera le chloroforme. Les jambes étant soutenues par les supports, on peut, à la rigueur, dans certaines hystérectomies faciles, supprimer un aide et confier à un seul les deux écarteurs, supérieur et inférieur. On pourrait, au besoin, en supprimer un autre en prenant soi-même les instruments.

Doyen applique pendant quarante-huit heures un pessaire Gariel à air comprimé, afin de dilater le vagin. Chaput fait un débridement uni ou bilatéral de la vulve.

Premier temps : PRÉHENSION ET ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS. — La vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et courts. Le col est saisi par chacune de ses lèvres avec une pince de Museux, et abaissé autant que possible par une traction lente, sans secousses. A l'étranger, on remplace souvent les pinces par une anse de fil fort traversant le col. Avant de passer au second temps on doit, s'il s'agit d'un cancer du col, détruire les végétations cancéreuses. Segond fait toujours précéder ce deuxième temps d'un curettage suivi d'une cautérisation de la cavité utérine avec une solution de chlorure de zinc à 1/10.

Deuxième temps : INCISION CIRCULAIRE DE LA MUQUEUSE VAGINALE. — Le col étant abaissé, on incise tout autour la muqueuse vaginale au bistouri, qu'on emploiera de préférence aux ciseaux (Doyen) ou au thermocautère (Sänger, Jacobs) (fig. 50). L'incision doit passer très bas, au-dessous du point de réflexion du cul-de-sac antérieur sur le col, le plus près possible de l'orifice utérin. C'est le seul moyen d'éviter d'ouvrir la vessie ou de blesser les uretères, et on aura encore la précautin de tenir le bistouri constamment dirigé vers le col. En arrière, au contraire, l'incision doit remonter plus haut sur le col d'au moins 1 centimètre, au niveau du cul-de-sac de Douglas, qu'on ouvre ainsi plus facilement.

Quand le diagnostic est incertain, comme cela peut se rencontrer dans le cas de bilatéralité des lésions, on commence par l'incision postérieure, par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, ce qui permettra d'explorer directement les annexes et de mieux apprécier si l'hystérectomie est justifiée.

La muqueuse vaginale saigne rarement assez pour qu'il soit nécessaire d'en saisir les vaisseaux avec des pinces hémostatiques.

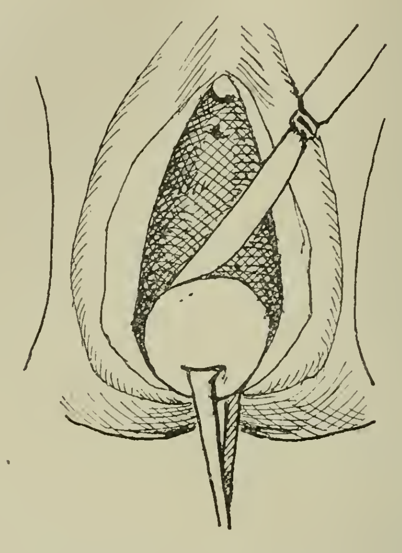


Fig. 50. — Hystérectomie vaginale. Libération du vagin. Incision circulaire classique.

Troisième temps : DÉCOLLEMENT DE LA VESSIE ET DU RECTUM. — OUVERTURE DES CULS-DE-SAC ANTÉRIEUR ET POSTÉRIEUR. — L'incision circulaire ayant libéré le vagin, on procède au décollement des faces antérieure et postérieure de l'utérus (fig. 51). Les doigts sont le meilleur instrument pour éviter de blesser la vessie et le rectum. On tiendra constamment leur pulpe tournée contre le tissu utérin. Un cathéter placé dans la vessie et un doigt introduit dans le rectum peuvent, au besoin, servir de guides pendant ce décollement.

La vessie et les uretères étant détachés, on perfore le cul-de-sac péritonéal antérieur avec le doigt ou avec l'extrémité mousse d'un long écarteur. Quelquefois on sera obligé

un écarteur soulevant la vessie décollée, d'inciser le cul-de-sac péritonéal avec un coup de ciseaux et d'agrandir la boutonnière ainsi faite en écartant les branches des ciseaux, agissant comme un instrument mousse.

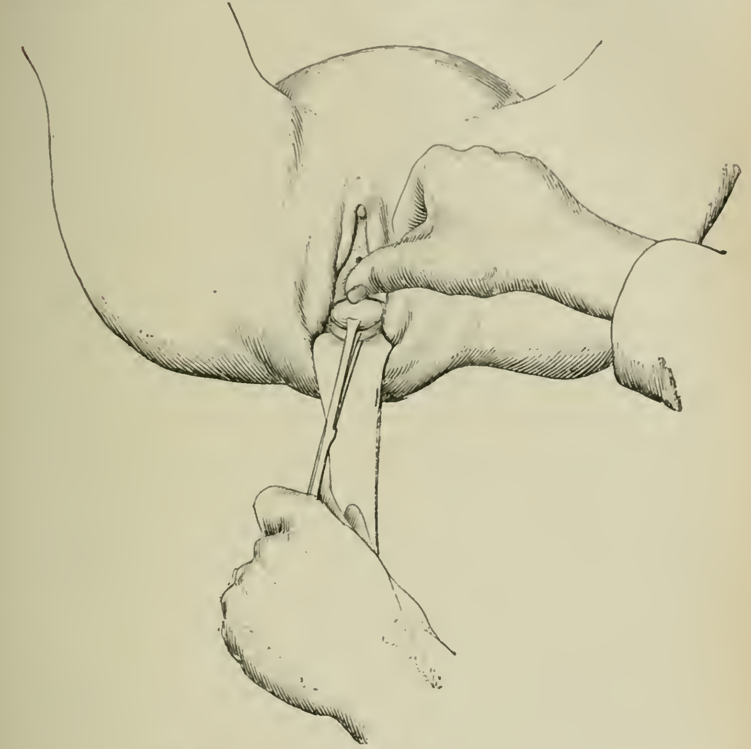


Fig. 51. — Décollement de la vessie (Chalot).

Le décollement du rectum et l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur seront faits de même manière.

Du reste, ce cul-de-sac, n'étant séparé que par une distance très courte du cul-de-sac vaginal, est souvent perforé sans qu'on s'en aperçoive. Il est à remarquer, pourtant, que le décollement de la vessie et du rectum se poursuit quelquefois jusqu'au bout sans que l'on arrive à ouvrir ni

le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent.

Quatrième temps : Hémostase des ligaments larges. — Deux procédés généraux permettent d'obtenir l'hémostase : l'écrasement des vaisseaux par le pincement des ligaments larges, ou les ligatures de ces ligaments. Le premier, l'hémostase par application des pinces à demeure, est surtout employé en France, où Péan l'a pratiqué déjà dans un grand nombre d'opérations, avant d'en faire usage dans l'hystérectomie vaginale. Le second, plus ancien, est très répandu à l'étranger, en Allemagne, en Amérique, en Angleterre. La méthode française d'hémostase par les pinces à demeure, méthode facile, applicable à tous les cas, a permis seule à l'hystérectomie vaginale de se vulgariser. Les modifications, les perfectionnements introduits dans le plan général de cette opération par beaucoup de chirurgiens, portent principalement sur ce temps opératoire, sur le moment, sur la façon d'exécuter cette hémostase. Nous étudierons ces modifications à propos de chaque procédé dont elles constituent, la plupart du temps, le trait caractéristique, et nous indiquerons à cette place le principe général de l'hémostase.

Les faces antérieure et postérieure de l'utérus étant décollées, les culs-de-sac péritonéaux effondrés, un long écarteur soulève la vessie et un autre déprime le rectum. Deux cas peuvent se présenter alors :

L'utérus est abaissable ou il ne l'est pas. Dans le premier, le pincement des ligaments larges se fait de haut en bas ; dans le second, il s'exécute de bas en haut.

Pour appliquer les pinces de haut en bas, on fait basculer l'utérus en avant ou en arrière à l'aide des pinces à griffes saisissant le fond, ou à l'aide des doigts recourbés en crochet. Chaque ligament est saisi avec une longue pince à mors parallèles, plats, légèrement dentés, appli-

quée au ras du tissu utérin. Lorsque l'on s'est assuré que la pince est bien placée, on rapproche les mors et on les maintient serrés au moyen de la crémaillère. S'il est besoin, on place plusieurs pinces, l'une au-dessous de l'autre, au fur et à mesure qu'on libère l'utérus.

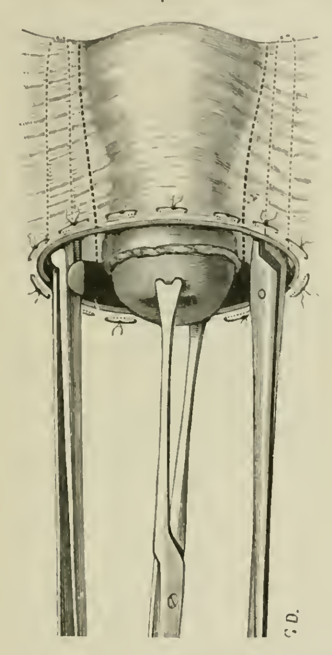


Fig. 52. — Pincement des ligaments larges (Auvard).

Cette figure est destinée uniquement à montrer comment on doit appliquer les pinces. Le lecteur fera abstraction des sutures qu'on voit le long de la tranche vaginale.

Quand l'utérus ne peut pas être basculé, l'hémostase se fait par étapes de bas en haut. Pendant le décollement, à mesure qu'une zone utérine apparaît au fond du vagin entre les écarteurs qui protègent la vessie et le rectum, on pince, guidé toujours par la vue, le segment correspondant des ligaments larges aussi près que possible de l'utérus et on le sectionne au ras de l'instrument (fig. 52). Plusieurs pinces sont ainsi échelonnées l'une au-dessus de l'autre.

Pour enlever les annexes, on les attirera avec les doigts ou avec les pinces plates à cadre, et on placera également, avant de les réséquer, une pince longuette au-dessus de l'ovaire et de la trompe.

Lorsque, au lieu de se servir des pinces à demeure, on désire obtenir l'hémostase par le procédé des ligatures, une fois la matrice libérée sur ses deux faces, on applique

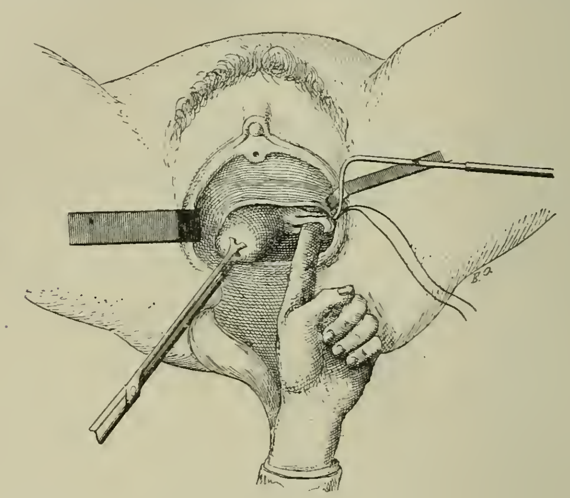


Fig. 53. — Ligature de l'artère utérine gauche (Chalot).

soit une seule ligature sur tout le ligament large, soit plusieurs ligatures étagées, enserrant chacune une certaine étendue du ligament.

La ligature totale se fait avec une aiguille mousse courbe à l'aide de laquelle on porte une anse de fil de soie au-dessus du ligament. Un des chefs de l'anse est attiré du côté opposé à celui du passage de l'aiguille et les deux chefs sont fortement serrés.

Quand on procède par plusieurs ligatures, on étreint les segments successifs des ligaments larges, en les traversant de distance en distance par une anse de fil qu'on lie (fig. 53).

Cinquième temps : Section des ligaments larges. Extirpation de la tumeur utérine. — Les ligaments sont coupés en dedans et au ras des pinces, ou en dedans des ligatures. Si on place les pinces de haut en bas, elles retombent en faisant décrire à la portion du ligament large qu'elles hémostasient, une torsion de 180°.

L'utérus est attiré au dehors à l'aide des pinces de Museux. Les annexes, si leur ablation ne présente pas de grandes difficultés par suite d'adhérences, subissent le même traitement.

Sixième temps : Pansement. Sutures. — Il est inutile d'irriguer la plaie si l'opération a été aseptique, parce que le péritoine est toujours dans ce cas largement ouvert. Si au contraire le champ opératoire est souillé par le pus, il faut faire une faible irrigation avec une solution de sublimé à 1/4000 ou d'acide phénique à 5/1000. L'excès de liquide est enlevé avec des tampons et l'on procède au pansement. Les pinces hémostatiques de chaque ligament sont réunies en un faisceau et, l'hémostase étant vérifiée, on introduit, entre les deux faisceaux ainsi formés, de longues mèches de gaze iodoformée. Leurs extrémités sont portés au delà des mors des pinces, et mises en contact avec l'intestin ou les cavités évacuées. Les branches des pinces sont également entourées de gaze iodoformée pour éviter qu'elles ne pressent directement sur la vulve. Un morceau de coton est placé en avant de la vulve et maintenu par un bandage en T.

La plupart des chirurgiens qui font l'hémostase à l'aide des ligatures cherchent, dans les cas qui s'y prêtent, à obtenir la réunion par première intention.

A cet effet, la tumeur utérine étant enlevée, on suture le vagin et le péritoine ou le vagin seul. Six ou huit fils sont ordinairement suffisants pour réunir le bord de la plaie du cul-de-sac postérieur à la lèvre antérieure de la

plaie. Les extrémités des fils liés sont couverts de mèches de gaze iodoformée introduites dans le vagin.

Soins consécutifs. — Accidents. — Avant l'ablation des pinces la malade sera couchée sur le dos, les genoux demi-fléchis et soutenus par un coussin. Les pinces reposeront sur un drap plié en quatre. Une sonde à demeure sera laissée pendant deux jours. Les pinces seront enlevées quarante-huit heures après l'opération. Si on en a laissé plusieurs, chacune d'elles sera bien dégagée du faisceau, entr'ouverte et retirée lentement, sans secousse.

Les mèches de gaze iodoformée resteront en place quatre jours. Six ou huit heures après leur ablation on donnera à la malade la première injection vaginale. Celle-ci sera faite avec une solution d'acide phénique à 1/100, lente, à jet faible, le siège étant relevé. La malade recevra ensuite matin et soir une injection jusqu'à la cessation de tout écoulement. Les lèvres de la plaie s'adossent et la cicatrisation se fait régulièrement, en laissant habituellement une simple cicatrice linéaire.

Si, au cours de l'opération, la perte de sang était notable, on ferait à la malade deux ou trois injections hypodermiques de 20 grammes de sérum artificiel. Au besoin on fera une injection massive hypodermique ou intra-veineuse. Segond, suivant en cela la pratique de Péan, place le soir de l'opération sur la région sous-ombilicale une vessie de glace qu'on entretient jusqu'au quatrième jour. Jusqu'à l'ablation des pinces la malade ne prendra que du champagne et des grogs. Quelques heures après l'ablation on lui administrera un lavement composé d'une partie de glycérine pour deux parties de vin. Elle commencera à s'asseoir dans le lit vers le huitième jour et se lèvera quelques jours après, plus ou moins tôt suivant les indications tirées de son état général.

Si une hémorragie survenait quelques heures après

l'opération, ou au moment de l'ablation des pinces, ou même plus tard, un tamponnement vaginal bien fait en aura presque toujours raison. Dans les cas exceptionnels, on sera obligé de rechercher le vaisseau qui donne et de le pincer.

L'occlusion intestinale, complication fort rare de l'hystérectomie vaginale, sera combatue, tout d'abord, par les lavements simples et les lavements électriques. Si ce moyen échoue, on pratiquera l'anus iliaque ou on aura recours à la laparotomie pour rechercher le siège de l'obstruction.

Nous venons de poser les règles générales de toute hystérectomie vaginale, dans le but de donner une idée nette de chaque temps opératoire. Il nous reste maintenant à étudier les principaux procédés dont la connaissance peut être d'un secours efficace au cours d'une intervention. Nous suivrons la description que les auteurs eux-mêmes ont donnée de leurs méthodes. Les beaux ouvrages de Baudron et de Secheyron nous ont été particulièrement utiles.

I. — Hystérectomie vaginale par le procédé du pincement des vaisseaux.

Procédé de Péan. — *Morcellement par résections transversales.* — Péan plaçait ses malades dans le décubitus latéral gauche, le membre inférieur droit replié sur la poitrine, le gauche allongé. L'opérateur se place en face du vagin et fait abaisser ou relever la table d'opération de façon à ce que le siège de la malade soit, l'opérateur étant assis, à peu près à la hauteur de la poitrine. L'aide de gauche se tient debout entre la jambe droite repliée et la gauche étendue. L'aide de droite est en dehors de cette dernière. Un troisième aide est chargé de relever la fesse droite ou supérieure.

Rien de particulier dans les premier et second temps. Mais lorsque l'utérus ne peut pas être enlevé d'une seule pièce, le pincement et la section des ligaments

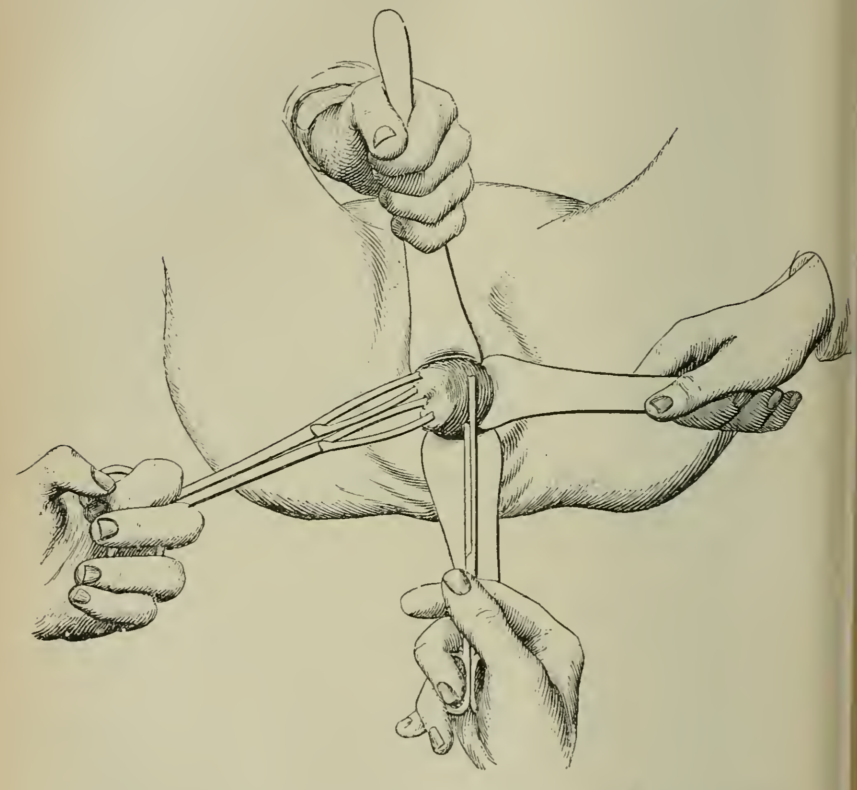


Fig. 54. — Hystérectomie vaginale ; procédé de Péan. Mise en place de la première pince à la base du ligament large gauche sur l'artère utérine.

larges se font d'une façon particulière. Après la libération de l'utérus sur une certaine étendue, la portion correspondante des ligaments larges, rendue ainsi visible, est saisie dans une pince à mors parallèles, forts et courts, puis sectionnée au ras de l'utérus (fig. 54). Le segment de l'utérus libéré par cette section est alors divisé

avec de forts ciseaux en deux valves, antérieure et postérieure (fig. 55). Une pince à mors longs est placée à la base de chaque valve et le segment de l'utérus situé au-

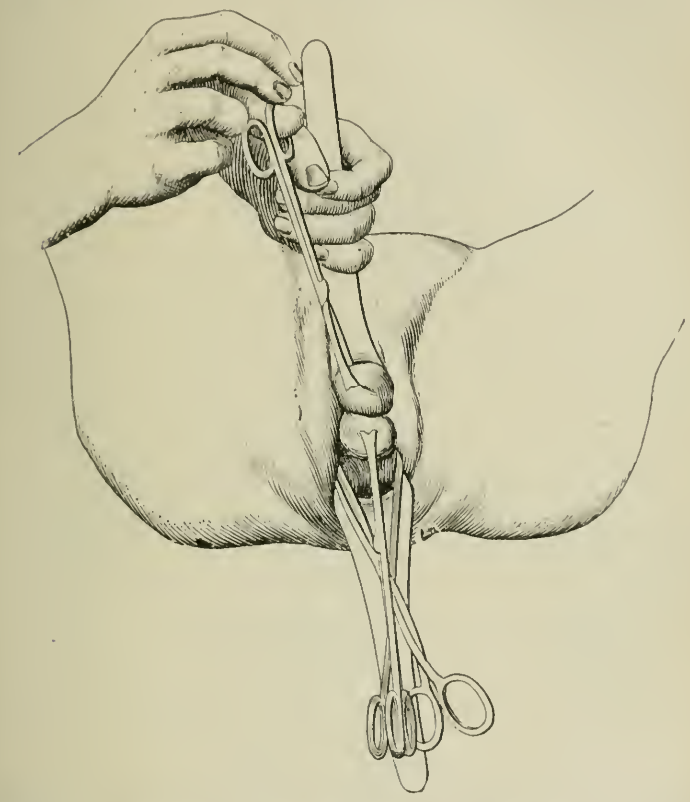


Fig. 55. — Hystérectomie vaginale : procédé de Péan. Les deux artères utérines étant pincées, le col libéré est divisé en deux valves antérieure et postérieure (Baudron-Chalot).

dessous d'elle est excisé (fig. 56). Les mêmes manœuvres sont répétées pour la portion restante du corps utérin. L'on procède par étapes successives, chaque étape comprenant quatre temps principaux : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus; 2° la section

des ligaments larges ; 3° la division en deux valves de la portion de l'utérus libérée par les manœuvres précédentes ; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues après l'application d'une forte pince à leur base.

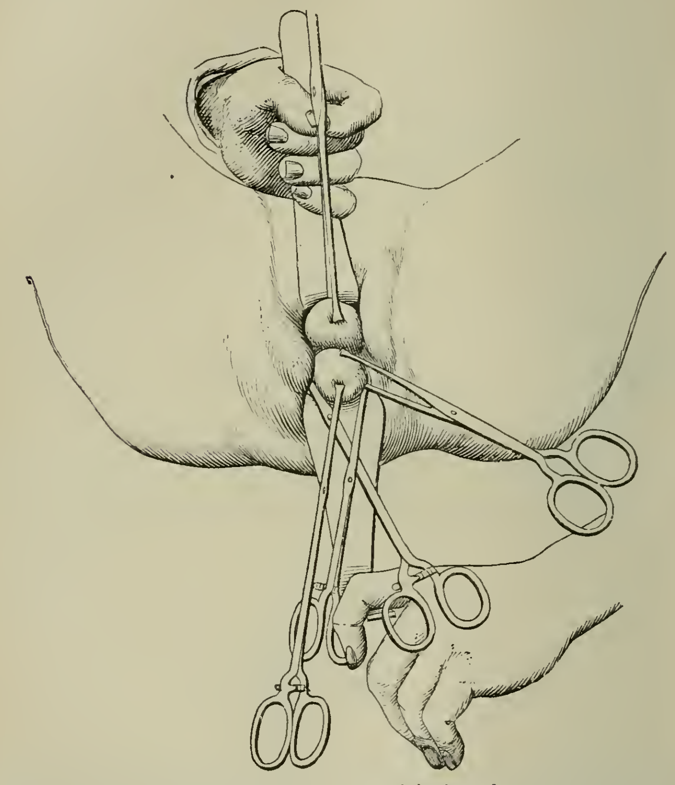


Fig. 56. — La valve postérieure est saisie à sa base par une pince à préhension. Toute la partie située au-dessous de cette pince va être réséquée ; procédé de Péan (Baudron-Chalot).

On arrive ainsi à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe sans perdre de sang et en voyant toujours ce que l'on fait. Souvent, au moment où le fond de l'utérus bascule, les annexes apparaissent entraînées à sa suite. On peut les enlever avec le fond de la matrice en plaçant

une pince en dehors d'elles, ou bien, une fois l'utérus enlevé, on les excise séparément.

Procédé de Segond. — *Evidement central conoïde.* — Segond complète l'incision circulaire par deux incisions

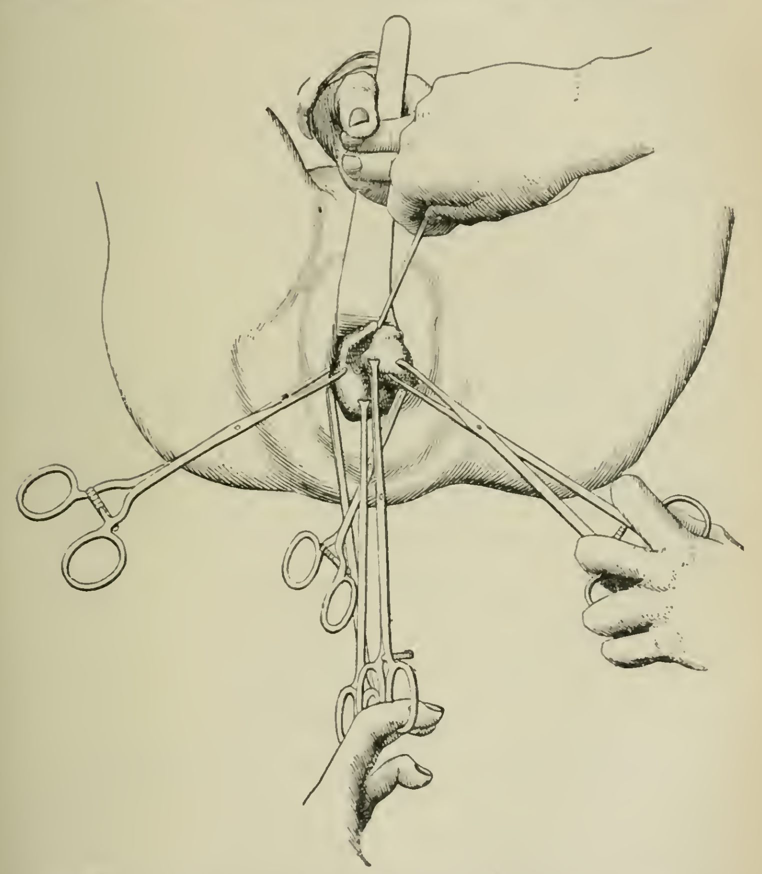


Fig. 57. — Hystérectomie vaginale : procédé de Segond. Manœuvre d'évidement conoïde central sur la paroi utérine antérieure.

latérales parallèles à la direction des ligaments larges. Chacune de ces incisions libératrices mesure environ

2 centimètres. Après avoir effondré le cul-de-sac postérieur et décollé la vessie du col de l'utérus, il place deux pinces longuettes courtes à la base des ligaments larges, sur les artères utérines, et la portion de ligament hémos-

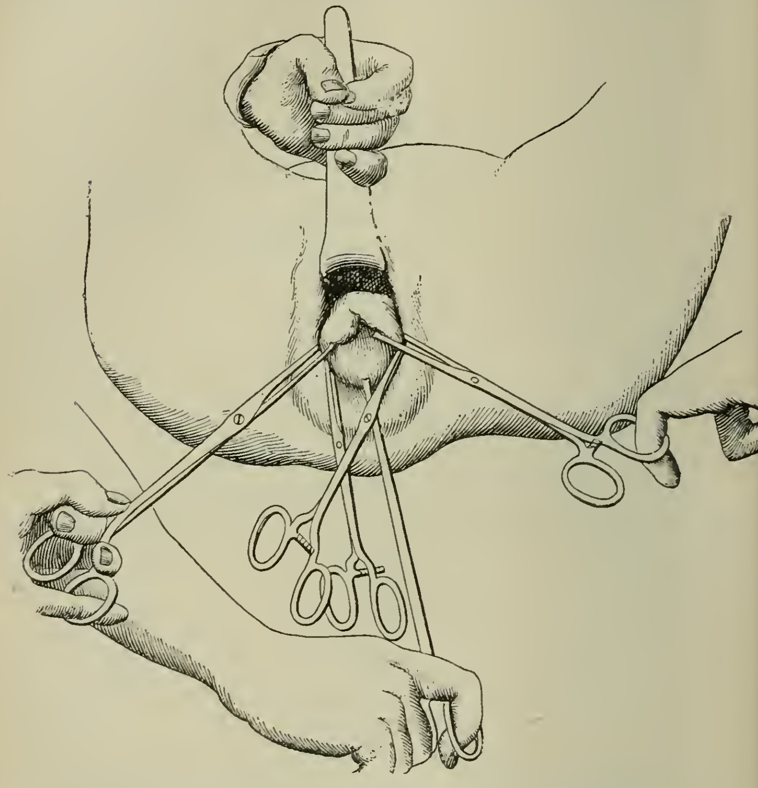


Fig. 58. — Hystérectomie vaginale ; procédé de Segond.
Aspect du corps utérin après un temps d'évidement sur la paroi antérieure.

tasié est sectionnée. Le col, ainsi libéré, est divisé par deux incisions latérales en deux valves antérieure et postérieure, et chacune de ces valves est successivement réséquée, comme dans le procédé de Péan. Mais ensuite une fois l'hémostase des artères utérines ainsi assurée, le

col réséqué transversalement, Segond, maintenant fortement avec une pince de Museux la lèvre antérieure du moignon utérin, tente une hémisection antérieure à la manière de Doyen (voir *Procédé Doyen*). Si cette ma-

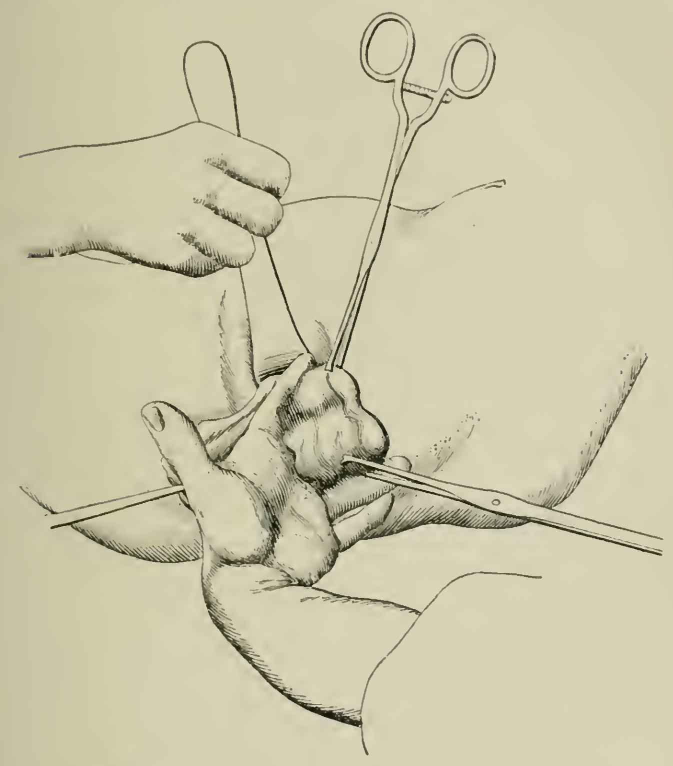


Fig. 59. — Hystérectomie vaginale; procédé de Segond. L'utérus bascule entraînant les annexes (Baudron-Chalot).

nœuvre ne suffit pas à faire descendre l'utérus, il procède à l'évidement central conoïde qui est le trait distinctif de son procédé. Armé d'un bistouri courbe, on dessine en plein tissu utérin, un cône dont la base répond à la pince de Museux (fig. 57). Avant de détacher complètement ce cône, on s'amarre avec une pince à grif-

fes sur la lèvre du cône creux concentrique qu'on vient de tailler ; et l'on achève l'ablation du cône plein (fig. 58). La même manœuvre est ainsi répétée en cheminant pas à pas, du col vers le fond de l'utérus. Le point capital de ce procédé c'est de se tenir toujours sur la ligne médiane de la face antérieure de l'utérus, ce qui permet d'opérer, pour ainsi dire, à blanc. Peu à peu, grâce à la disparition de la paroi utérine antérieure ainsi réséquée par segments coniques successifs, l'organe bascule en avant dans le cul-de-sac antérieur, entraînant avec lui le bord supérieur des ligaments larges (fig. 59). A ce moment seulement l'opérateur doit songer à l'hémostase. En dehors des annexes, si celles-ci sont entraînées à la suite du corps utérin, en dedans d'elles pour peu que les adhérences solides les empêchent de descendre, l'opérateur place de haut en bas des petites pinces longuettes, généralement deux par ligament larges. A mesure qu'une pince est placée, on sectionne une étendue du ligament égale à la longueur de ce mors, et, en deux ou trois coups de ciseaux, l'utérus est libéré et l'opération terminée avec quatre ou six pinces. L'organe, ainsi enlevé, est un utérus sans col et sans paroi antérieure. Seule la paroi postérieure a été généralement respectée. Mais pour peu que les adhérences solides la fixent dans le cul-de-sac de Douglas, il ne faut pas hésiter à la traiter comme la paroi antérieure, à en évider la portion médiane, de telle sorte que l'utérus, réduit à ses deux angles tubaires, s'infléchisse au niveau de son fond comme au niveau d'une charnière.

Procédé de Doyen (*Hémisection antérieure*). — L'opérateur n'a qu'un aide assis à sa droite; les instruments sont à leur portée. Le col est saisi latéralement par deux pinces à griffes, qui y demeurent fixées jusqu'à la fin de l'opération (fig. 60). Après l'incision circulaire, le cul-de-sac postérieur est rapidement ouvert avec l'index droit, et

la face postérieure de l'utérus détachée de ses adhérences, s'il en existe. La vessie est alors isolée de l'utérus. Puis les deux pinces du col sont attirées en bas, un court écarteur, maintenu par l'aide au-dessus du pubis, soulève la vessie. On sectionne de bas en haut la paroi antérieure du col (fig. 61); le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, généralement apparent au-dessous de l'écarteur, est ouvert

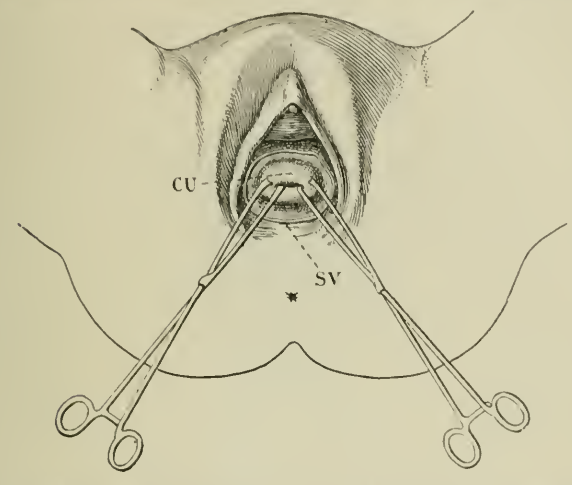


Fig. 60. — Hystérectomie vaginale : procédé de Doyen. — Les deux commissures latérales du col sont saisies par des pinces à griffes et abaissées. Section circulaire des culs-de-sac vaginaux tout autour du col (Chalot). CU, col de l'utérus. — SV, section de la muqueuse vaginale.

par le premier ou le second coup de ciseaux (fig. 62). L'ouverture en est agrandie à l'aide de ces derniers entr'ouverts, et la lèvre antérieure de la séreuse chargée sur l'écarteur. L'utérus est saisi à droite et à gauche, sur les lèvres de la section longitudinale, par deux nouvelles pinces à griffes et attiré en bas. Un nouveau coup de ciseaux prolonge la section et deux autres pinces saisissent l'organe aussi haut que possible. Les deux pinces immédiatement sous-jacentes sont enlevées pour être appliquées plus haut. La section est prolongée jusque sur le

fond de l'utérus, s'il le faut, pour en obtenir l'extraction (fig. 63).

Lorsque l'utérus est hors de la vulve, il n'a été fait encore aucune hémostase.

On détache avec les doigts, s'il y a lieu, et on attire aussi bas que possible, avec des pinces fenêtrées, les annexes altérées ou non, et à ce moment seulement on

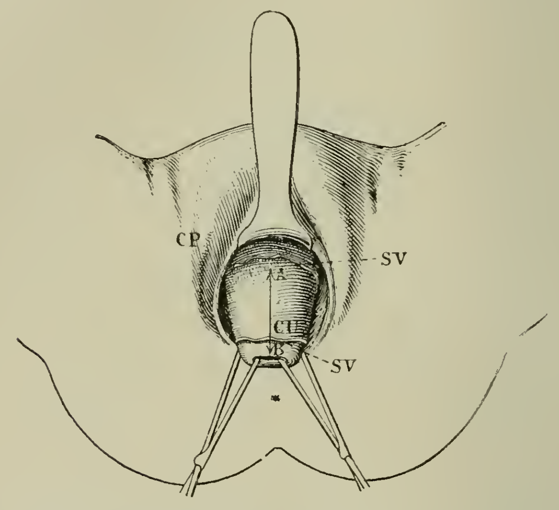


Fig. 61. — Hystérectomie vaginale ; procédé de Doyen. Abaissement de la portion sus-vaginale du col détachée de la vessie et des uretères. Section longitudinale de la paroi antérieur du col.

CU, col de l'utérus. — SV, section de la muqueuse du vagin. — CP, cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. — AB, section longitudinale de la lèvre antérieure du col.

songe à l'hémostase. Doyen commence généralement, à moins d'indication contraire, par le ligament large gauche. Ce ligament étant saisi à l'aide de la main gauche, au delà des annexes, une longue pince à mors élastiques inventée par cet auteur est introduite verticalement, une des branches en avant, l'autre en arrière, et fermée modérément, de façon à s'assurer, par le contact direct de ses extrémités avec l'index gauche au niveau

du cul-de-sac postérieur, que rien ne lui échappe et que, par contre, elle ne saisit aucun organe étranger. La pince alors est serrée au maximum ; une deuxième pince plus petite est appliquée au-dessous pour plus de sécurité, et le ligament large sectionné à quelques millimètres d'elle (fig. 64). L'autre ligament est traité de même. Si la grande pince n'a pu d'emblée être appliquée au-dessus des annexes,

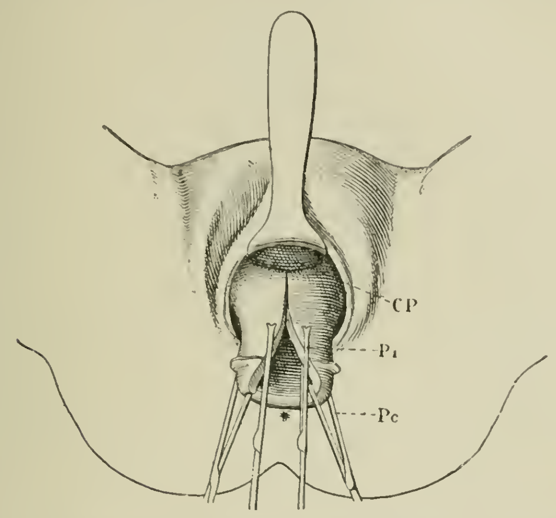


Fig. 62. — Hystérectomie vaginale; procédé de Doyen. Prolongement de la section longitudinale. Apparition au dehors et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur.

Pc, pinces appliquées sur les commissures latérales du col où elles resteront jusqu'à la fin de l'opération. — P_1, nouvelles pinces à griffes qui serviront par des prises successives à renverser l'utérus en dehors, grâce à la section longitudinale de la paroi antérieure. — CP, cul-de-sac péritonéal vésico-utérin visible au-dessous de l'écarteur au moment de son incision (Chalot).

on place au delà de l'ovaire et de la trompe une pince plus petite et on les résèque. On adosse avec soin les lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur et le vagin est tamponné avec une compresse stérilisée.

Procédé de Quénu-Müller. — *Hémisection totale de l'utérus.* — Ces auteurs ont proposé de sectionner verticalement

l'utérus tout entier en deux moitiés symétriques. Quénu, après avoir fait l'incision circulaire et effondré le cul-de-sac recto-utérin, dénude une certaine portion du col également en avant et incise verticalement et au milieu la portion du col avec des ciseaux. On rapporte alors les pinces à traction un peu plus haut, toujours sur le côté. L'abaissement de l'utérus permet au doigt d'accomplir

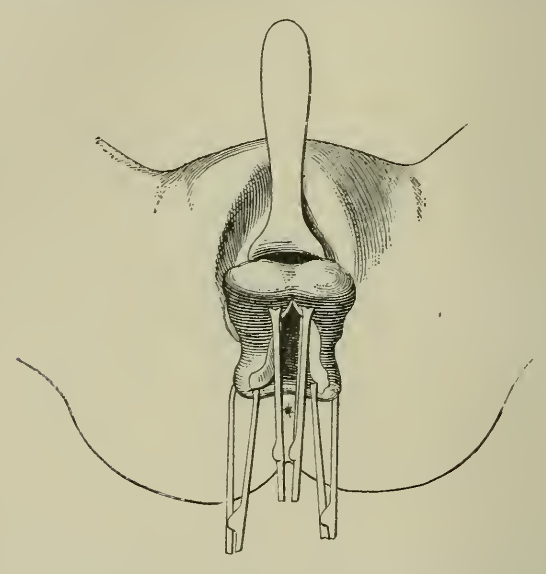


Fig. 63. — Hystérectomie vaginale; procédé de Doyen. Bascule du fond de l'utérus en avant et son attraction à la vulve après le prolongement de la section médiane.

une nouvelle dénudation suivie d'une nouvelle section antéro-postérieure. Bientôt le fond de l'utérus apparaît. On l'accroche avec le doigt introduit par le cul-de-sac qui a été ouvert et on achève l'incision médiane. Il faut en ce moment saisir près du fond chaque moitié utérine avec une pince de Museux et l'attirer au dehors en lui faisant subir un mouvement de torsion. Les pinces hémostatiques sont alors facilement appliquées de haut en bas

sur chaque ligament. Quénu jette, quand il a des doutes,

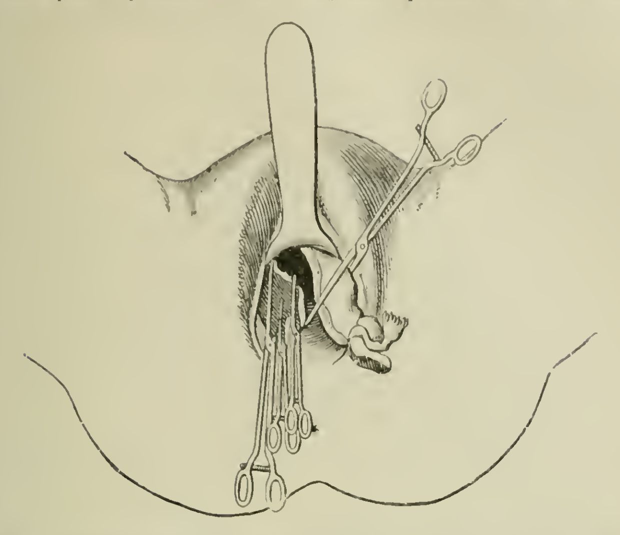


Fig. 64. — Hystérectomie vaginale : procédé de Doyen. Section du ligament large gauche après placement des pinces. Pincement du ligament large droit.

une ligature en masse par-dessus la pince et en dehors d'elle, sur les ligaments larges.

II. — Hystérectomie vaginale par le procédé des ligatures.

En France, l'hémostase par ligatures n'a guère d'adeptes. Péan s'en servait pourtant, mais alors consécutivement à l'application des pinces. Dans les cas où il jugeait utile de suturer le fond du vagin, il procédait ainsi : les pinces étant appliquées sur les ligaments larges, suivant les règles ordinaires, il les enlevait, l'une après l'autre, après avoir mis une ligature sur la portion du ligament large étreinte par chacune de ces pinces. Il ne restait alors qu'à fermer par quelques points de suture l'espace péritonéo-vaginal.

Procédé de Billroth. — Si le vagin est très étroit, on pratique une incision plus ou moins grande de la cloison périnéale. L'utérus est attiré par de fortes pinces à griffes et une anse de fil est passée dans la masse utérine. La dissection du col de l'utérus se fait avec les doigts ou à l'aide d'instruments mousses. Les vaisseaux sont liés au fur et à mesure qu'ils se présentent. Pour éviter de blesser la vessie, Billroth recommande de l'attirer en avant, avec une sonde d'homme introduite dans sa cavité, et dont le bec est dirigé en bas. Il coupe successivement les ligaments larges droit et gauche après les avoir liés séparément, à l'aide de fils de soie très longs, qui sont laissés pendant hors de la cavité vaginale. Ce n'est qu'après cette manœuvre qu'il incise le cul-de-sac utéro-rectal, en laissant cependant un point intact qui maintient encore l'utérus. Ceci fait, il passe six ou sept fils dans le bord postérieur de la plaie du cul-de-sac postérieur. Il sépare rapidement l'utérus des portions de péritoine auxquelles il adhère encore. Puis, après l'avoir enlevé, il repasse les fils de la lèvre postérieure dans la lèvre antérieure de la plaie, il affronte les deux bords et laisse les fils pendre dans le vagin. Baum procède de la même manière, mais il recommande comme moyen d'hémostase, la compression de l'aorte durant l'opération.

Procédé de Martin. — Le col est porté en avant et le cul-de-sac postérieur tendu est incisé dans toute sa largeur jusqu'au péritoine. L'index de la main gauche est insinué dans cette boutonnière, et, avec une aiguille très fortement courbée, on place une série de points de suture tout le long de la tranche vaginale, en y comprenant toute l'épaisseur des tissus jusqu'au péritoine inclusivement. On change alors d'aiguille, on en prend une plus longue, plus forte et moins surbaissée pour placer de chaque côté de l'incision deux grands points de suture en masse compre-

nant la partie postérieure des culs-de-sac latéraux du vagin et allant saisir profondément, dans l'épaisseur du plan-

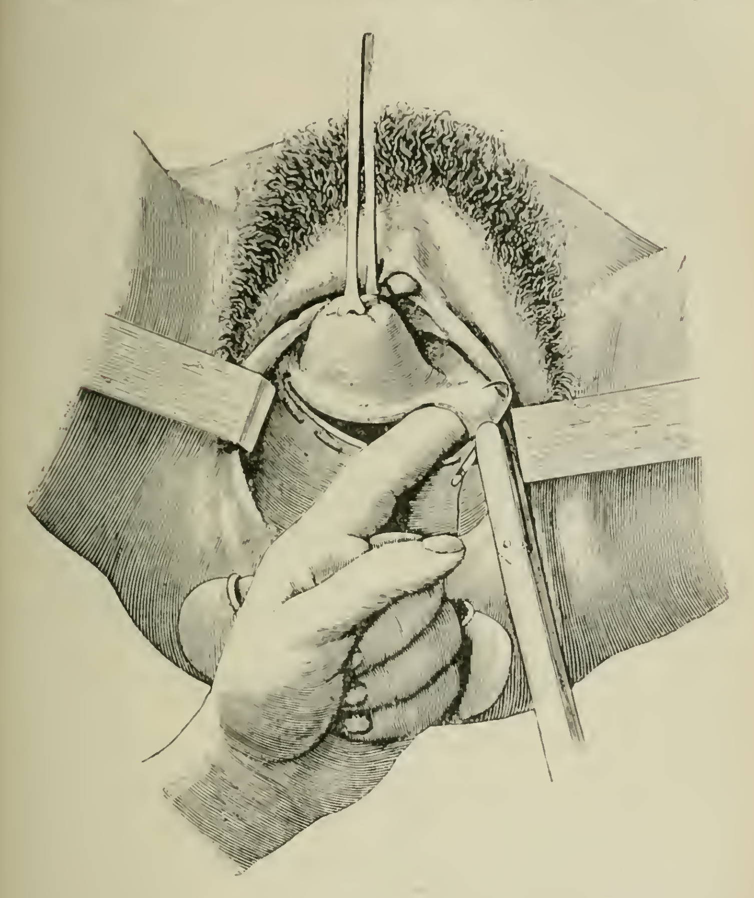


Fig. 65. — Hystérectomie vaginale; procédé de Martin.

Le cul-de-sac postérieur est ouvert. Les sutures sont placées le long de la tranche vaginale. On procède à l'application des sutures du plancher pelvien pour lier l'artère utérine ou, au moins, ses branches inférieures (Auvard).

cher pelvien, à la base des ligaments larges, les branches inférieures de l'utérine, ou même le tronc de ce vaisseau. L'aiguille entre à 2 centimètres de distance de l'angle de

la plaie ; elle doit ressortir à 1 centimètre en arrière de son point d'entrée (fig. 65).

Elle étreint ainsi 1 centimètre de cul-de-sac vaginal. La ligature très serrée se fait avec de la soie très forte.

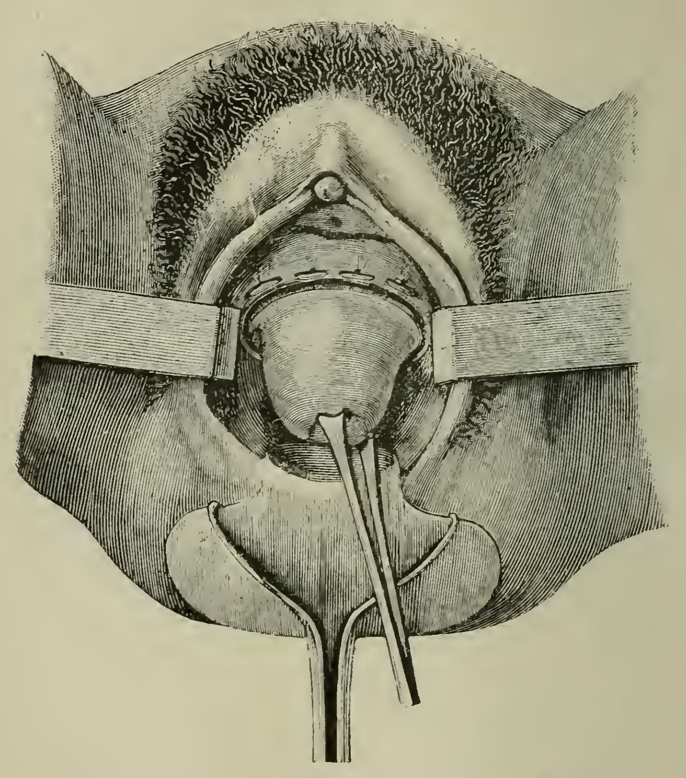


Fig. 66. — Hystérectomie vaginale; procédé de Martin. Placement des sutures le long de la tranche vaginale antérieure.

Deux ou trois autres points de suture placés plus près du col, en avant du premier, permettent d'assurer l'hémostase.

L'uretère, situé très en avant, ne peut être lésé, grâce à la traction en avant exercée sur le col. On complète alors l'incision du vagin autour du col, on décolle la vessie et

on place des points de suture le long de la tranche vaginale antérieure (fig. 66). On renverse enfin l'utérus en arrière et on lie les ligaments larges qui se présentent par leur bord supérieur (fig. 67). On fait sur chacun d'eux une ligature simple en trois paquets distincts en commençant par celui du côté gauche, qu'on détache avant de lier celui

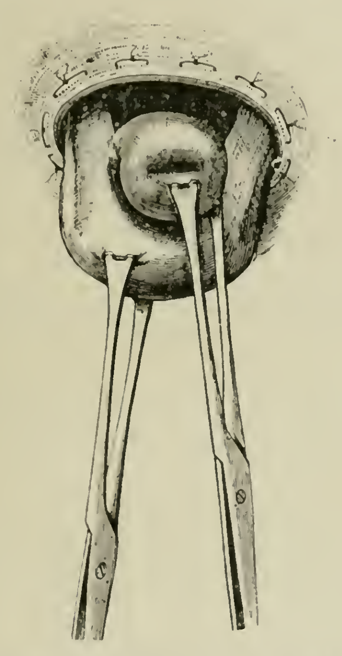


Fig. 67. — Hysterectomie vaginale : procédé de Martin. Renversement de l'utérus en arrière (Auvard).

du côté droit. Avant la section complète des ligaments larges, un point solide fixera la partie inférieure de leur pédicule à la commissure de la plaie vaginale.

Procédé de Shroeder. — Après l'abaissement de l'utérus et l'incision circulaire du col, la vessie est complètement détachée à l'aide du doigt ; puis l'opérateur incise

largement le cul-de-sac de Douglas. A travers cette incision, l'utérus est attiré, placé en rétroflexion, avec l'aide du doigt ou des pinces de Museux. Un doigt est introduit dans la cavité abdominale ; il est recourbé en avant sur lui, l'opérateur incise le cul-de-sac péritonéal antérieur. La matrice est alors libérée en avant et en arrière de ses attaches ; des ligatures sont placées sur les ligaments larges et ces ligaments sont sectionnés près de l'utérus, entre deux ligatures. Tous les gros vaisseaux que l'on sectionne sont ligaturés au fur et à mesure. Les trompes et les ovaires sont enlevés, à moins d'obstacles. L'ouverture vaginale est suturée, ou laissée béante. Dans ce dernier cas on y place un drain.

III. — Hystérectomie vaginale sans pinces à demeure ni ligatures.

Procédé de Tuffier. — M. Tuffier, dans une récente séance de la Société de chirurgie, a ainsi décrit son procédé :

« Je pratique l'ablation de l'organe suivant les règles ordinaires ; mais lorsque l'utérus a basculé, au lieu de saisir les ligaments larges dans des pinces à demeure, je les serre fortement entre les mors de mon *angiotribe,* qui est ensuite immédiatement retiré. Si l'hystérectomie présente des difficultés et qu'il faille pratiquer l'extirpation de l'utérus par morcellement, j'assure d'abord l'hémostase à l'aide des pinces ordinaires; mais quand l'opération est terminée, j'enlève une à une celles-ci, en broyant chaque fois entre les mors de l'angiotribe la portion de ligament large ainsi libérée. Pour pratiquer l'hémostase à l'aide de l'angiotribe, deux précautions seulement à prendre : la première consiste à serrer à fond l'instrument ; la deuxième à serrer sur place, c'est-à-dire à ne

point dévier de l'axe du vagin pendant l'effort, afin d'éviter la déchirure des ligaments larges par traction. »

Choix d'un procédé. — Les auteurs dont nous venons de parler préconisent, naturellement, leurs procédés. Dans le cas où l'utérus s'abaisse facilement jusqu'à la vulve, il est évident que tous ces procédés sont également applicables; l'opérateur peut donc choisir l'un d'eux indifféremment. Quant à nous, nous employons dans ce cas-là celui de Doyen, le plus simple et le plus expéditif.

Mais quand l'utérus est volumineux, s'abaisse difficilement, et surtout quand il est complètement immobilisé par les adhérences, il faut savoir être éclectique. L'opérateur pourra encore tenter d'appliquer le procédé qui lui est le plus familier; mais les difficultés croissant, il ne doit pas hésiter à lui en substituer un autre qui se prête mieux aux exigences du moment. Ainsi on combinera l'hémisection antérieure de Doyen avec la résection transversale du col de Péan; le procédé de morcellement de ce dernier avec l'évidement conoïde de Segond, et ainsi de suite.

Nous n'ajouterons que quelques considérations spéciales sur cette opération appliquée à un corps fibreux.

Dans une toute récente séance de la Société de chirurgie (25 mai 1898), M. Segond l'a excellemment définie en ces termes :

« Je m'attache, a-t-il dit, lorsque je pratique cette intervention, à suivre la méthode de Péan, j'entends par là le principe même de cette méthode dont le mérite de la paternité revient incontestablement à cet auteur. Je m'attaque d'abord au col, que j'enlève après l'hémostase préalable des utérines. Je me trouve alors en présence du corps utérin dégénéré en gros fibrome unique ou bourré de fibromes multiples. Je morcelle ce corps utérin et je taille dans son épaisseur en n'importe quel sens et de

n'importe quelle façon, jusqu'à ce que je sois parvenu à en faire basculer le fond. Il ne reste alors qu'à placer des pinces longuettes de haut en bas sur les ligaments larges et à détacher l'utérus. »

Péan ne résèque pas ordinairement les fragments sans

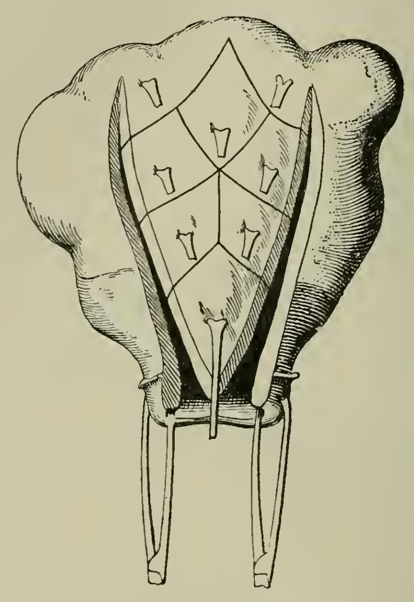


Fig. 68. — Hystérectomie vaginale; procédé de Doyen. Incision longitudinale en V de la face antérieure de l'utérus.

avoir au préalable saisi leur base dans une nouvelle pince. (Voir *Myomotomie vaginale par morcellement*, p. 240.)

Doyen fait une double incision longitudinale en V de la face antérieure de l'utérus, en ménageant les parties latérales de l'organe. Le V de la paroi antérieure est réséqué par fragments cunéiformes (fig. 68).

XVII

HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE SACRÉE

Indications. — L'opération de Kraske a suggéré à quelques chirurgiens l'idée de se servir de la voie sacrée pour extirper l'utérus atteint de cancer. Hegar paraît avoir été le premier à s'en servir, mais c'est Hochenegg qui, le premier, a publié en 1889 deux observations d'hystérectomie par cette voie. Depuis cette époque elle fut pratiquée par un grand nombre de chirurgiens, aussi bien en Europe qu'en Amérique.

Malgré cela, elle ne nous semble indiquée que dans des cas tout à fait exceptionnels, et encore, nous doutons de son utilité même dans ces cas-là. Le volume de l'utérus n'est pas un obstacle sérieux à la voie vaginale. Quant à l'extirpation de quelques ganglions pelviens et du tissu cellulaire péri-utérin, réellement plus facile par la voie sacrée, elle suppose des lésions tellement profondes et étendues, que toute intervention radicale devient inutile, quand elle n'est pas préjudiciable.

Malgré l'opinion contraire de Mikulicz, de Terrier, de Schauta, nous pensons que la cure radicale du cancer de l'utérus ne doit être tentée que dans les cas où les lésions sont exactement limitées à l'utérus, et dans ces conditions l'hystérectomie vaginale est le traitement de choix.

On ne se résoudra donc à infliger une nouvelle mutila-

tion à la malade, l'extirpation du coccyx et de la partie supérieure du sacrum, que dans les cas tout à fait exceptionnels d'étroitesse congénitale ou de rétrécissement du vagin. Nous nous demandons même, si, dans ces cas, la dilatation lente du vagin ou le débridement de la vulve n'eussent pas été suffisants pour permettre d'aborder l'utérus par la voie vaginale.

Technique. — Hochenegg, après avoir pratiqué, dans ses premières opérations, l'extirpation du coccyx et de

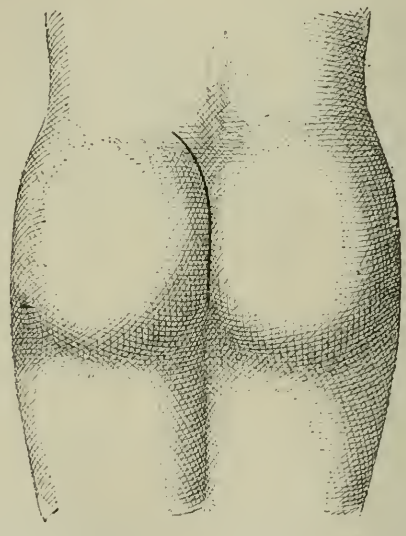


Fig. 69. — Hystérectomie par la voie sacrée. Tracé de l'incision.

la partie inférieure du sacrum en procédant par une incision courbe allant de la pointe du coccyx jusqu'au milieu de la symphyse sacro-iliaque (fig. 69), a ainsi modifié sa technique en 1892 :

La malade est couchée dans le décubitus latéral droit. L'incision commence exactement sur la ligne médiane, à 1 centimètre au-dessus des bourrelets sacro-coccygiens.

elle va jusqu'à l'anus, le contourne à gauche et se termine sur la ligne médiane du périnée.

A sa partie supérieure, cette incision pénètre jusqu'à l'os ; plus bas, presque dans le tissu cellulaire ; au périnée, elle n'intéresse que la peau. Le coccyx est décortiqué avec la rugine et extirpé. On détache à gauche le rectum, préalablement bourré de gaze antiseptique, et on le laisse avec ses connexions à droite et en avant. On le contourne ainsi à gauche et l'on arrive à la paroi vaginale postérieure. A l'extrémité supérieure de la plaie, on isole le rectum de la paroi postérieure de l'utérus et l'on ouvre le cul-de-sac de Douglas en incisant le péritoine. On a ainsi sous la main toute la face postérieure de l'appareil génital.

L'extirpation de l'utérus se fait suivant les règles ordinaires de l'hystérectomie par le procédé des ligatures (voir p. 185).

On peut, en même temps, enlever, si on le juge utile, une partie du vagin.

Le péritoine et le vagin sont suturés isolément, la séreuse avant l'extirpation de l'utérus. La plaie extérieure est rétrécie par quelques points de suture et tamponnée avec de la gaze iodoformée. Hegar, au lieu d'extirper le coccyx et la partie inférieure du sacrum, se contente de les sectionner et de les récliner jusqu'à la fin de l'opération pour être ensuite de nouveau remis en place.

XVIII

HYSTÉROPEXIE

Fixation de l'utérus redressé.

Indications. — Cette opération, conçue tout d'abord par Amussat qui se servit de la voie vaginale, et plus tard, par Kœberlé qui eut recours à la voie abdominale, s'applique à certaines rétrodéviations et prolapsus utérins.

Les rétroversions et rétroflexions de l'utérus ne sont justiciables de ce mode de traitement, que lorsqu'elles sont accompagnées de troubles assez intenses et après l'échec de tous les moyens palliatifs : redressement manuel suivi d'application de pessaires; ceintures, massage, etc.

Les douleurs spontanées ou survenant au moindre mouvement ; les métrorragies fréquentes et douloureuses, altérant l'état général ; les phénomènes de compression du rectum, de la vessie : constipation opiniâtre, défécations douloureuses, rétention d'urine, ou, au contraire, mictions fréquentes, la dysurie, seront autant d'indications pour l'intervention chirurgicale. Dans ce cas, elle est ordinairement réclamée par la malade elle-même, désespérée du traitement médical, resté impuissant.

Le prolapsus de l'utérus nécessite beaucoup plus rarement cette opération. Du reste, elle ne peut être suffisante

que dans les rares cas de prolapsus purement utérins sans cystocèle, ni rectocèle, ni affaiblissement ou déchirures du plancher pelvien. Dans les cas contraires, on devra la compléter par l'amputation du col et les diverses opérations plastiques sur le vagin et le périnée.

La fixation de l'utérus redressé et ramené dans une situation qui se rapproche le plus de sa position physiologique, peut être faite par deux voies : abdominale ou vaginale, d'où l'*hystéropexie abdominale* ou *gastro-hystéropexie* et l'*hystéropexie vaginale* ou *colpo-hystéropexie*.

Nous considérons la première comme l'opération de choix dans tous les cas où l'hystéropexie est indiquée. Elle seule donne un point d'appui vraiment solide à l'utérus. Du reste, la vagino-fixation du corps utérin entrave parfois dans la suite le cours de la gestation et peut aussi donner lieu à de sérieuses complications au moment de l'accouchement. Elle sera donc plutôt réservée aux femmes qui approchent ou qui ont déjà passé la ménopause.

En tout cas, la colpo-hystéropexie, plus bénigne que la gastro-fixation, n'est matériellement possible que dans les rétrodéviations mobiles ou, au moins, mobilisables. La présence des adhérences fixant et immobilisant l'utérus dans sa position vicieuse, est une indication encore plus précise pour la voie abdominale.

I. — HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE OU GASTRO-HYSTÉROPEXIE

Nous ne mentionnons que pour mémoire la méthode de Sims-Kelly, qui, après avoir redressé l'utérus à l'aide des deux doigts pressant sur le col, transpercent, à l'aveugle, avec une aiguille courbe, sans incision préalable, toute l'épaisseur des parois abdominales et le corps de l'utérus (fig. 70).

On comprendra aisément que dans ces conditions on court le risque de traverser une anse intestinale.

Caneva, Crespi, Assaky, Vaton, agissent de même, avec cette diffférence qu'ils incisent la partie musculo-cutanée

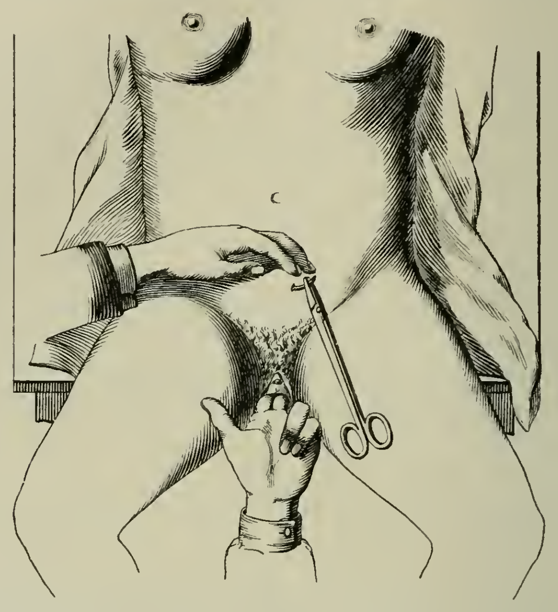


Fig. 70. — Hystéropexie abdominale; procédé de Sims-Kelly.

de la paroi abdominale ; leurs procédés ne sont pas plus recommandables.

La technique d'Olshausen et de Sänger est également délaissée. Leur méthode de fixation semi-directe, des sutures bilatérales, qui porte plutôt sur les ligaments ronds et les bords internes des ligaments larges, que sur les cornes utérines mêmes, a le grave inconvénient de laisser une fente entre l'utérus et la vessie, ce qui peut donner lieu à des étranglements internes.

Restent les excellentes méthodes de fixation directe médiane du corps utérin à la paroi abdominale anté-

rieure de Czerny-Terrier, de Leopold et de Pozzi que nous allons décrire ici.

Procédé de Czerny-Terrier

Les soins préliminaires sont ceux de toute laparotomie. L'incision de la paroi abdominale sera relativement petite, de 5 à 6 centimètres, si l'utérus est mobile. Dans le cas contraire, lorsqu'on trouve des adhérences multiples ou lorsqu'on doit en même temps faire l'ablation des annexes d'un ou de deux côtés, on ne doit pas hésiter à l'agrandir pour se donner du jour.

Le péritoine ouvert, on explore, avec la main droite introduite dans la cavité abdominale, l'état de l'utérus et des annexes. Les adhérences péri-utérines lâches, minces, seront rompues avec les doigts ; les brides volumineuses les tractus cellulo-fibreux vasculaires reliant l'utérus au rectum et à l'intestin grêle seront divisés entre deux ligatures.

Ce temps peut être très laborieux et il nous est arrivé de lui consacrer plus d'une demi-heure.

Si l'état des annexes exige leur ablation, on le fera, avant de fixer l'utérus.

Enfin la matrice est saisie par le fond et attirée vers la cavité pariétale. Terrier (*Revue de Gynécologie*, 10 mars 1889) place ensuite, à l'aide de l'aiguille de Reverdin, un fil de soie longitudinalement dans le fond de l'utérus en pénétrant un peu dans son tissu ; mais seulement si l'utérus est difficile à redresser. Ce fil sert alors à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale (fig. 71). Les intestins sont refoulés en haut et en arrière à l'aide des compresses aseptiques. Quand il s'agit de rétrodéviation, il n'est pas nécessaire de soulever l'utérus aussi haut, comme dans les cas de prolapsus; on

peut se passer du fil de soie suspenseur, qui, pourtant. permet de faire une fixation plus solide.

Une grosse soie est alors passée obliquement, d'abord à gauche, à travers les lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, *la peau exceptée;* elle ressort par le péritoine, puis est conduite de droite à gauche, *en faufilé*, dans

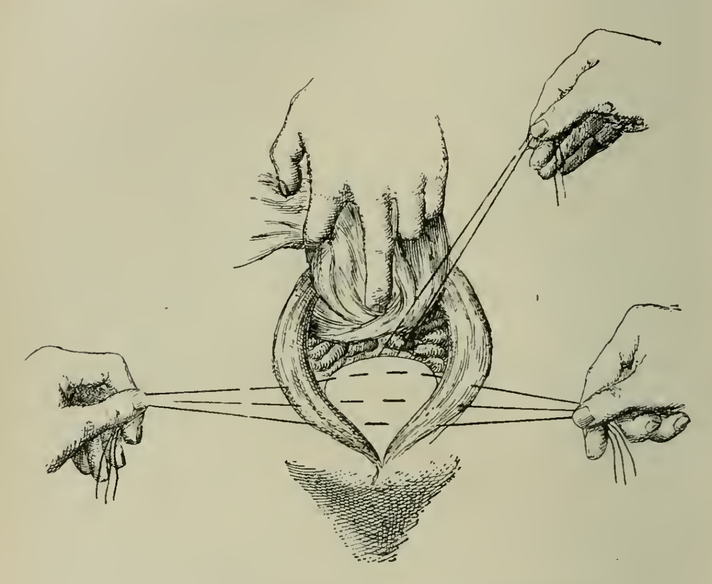


Fig. 71. — Hystéropexie abdominale; procédé de Terrier.

l'épaisseur même du tissu utérin, au niveau environ de la réunion du col et du corps. Enfin elle est de nouveau passée dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. Czerny fait une anse simple sans faufilé (fig. 72). On place deux pinces à forcipressure aux deux extrémités de ce fil. Un deuxième, puis un troisième fil de grosse soie sont passés de même, l'un vers le milieu du corps, l'autre très près du fond de l'utérus et maintenus par des pinces. Tout étant bien épongé, on fait successivement ces trois ligatures en allant de bas

en haut, puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour le maintenir incliné en avant pendant qu'on

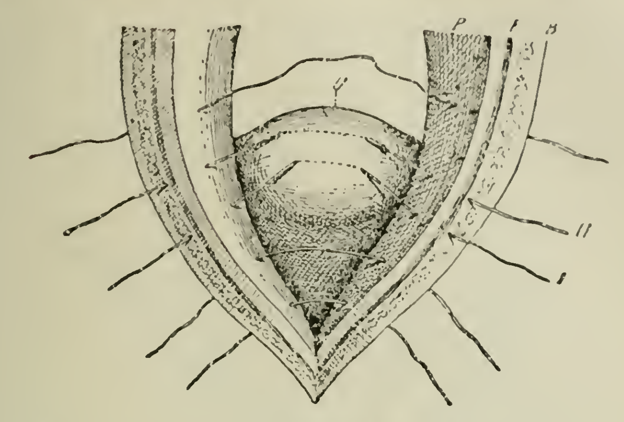


Fig. 72. — Hystéropexie abdominale; procédé de Czerny.
U, utérus : I, II, fils fixateurs : P, péritoine ; F, fascia sous-péritonéal ; D, derme.

procède à la suture, ou bien on le suture de la même façon que les précédents (fig. 73). Dans les cas de prolap-

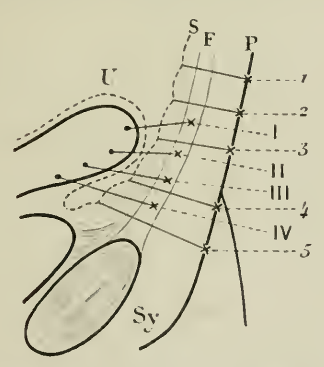


Fig. 73. — Hystéropexie abdominale; procédé de Czerny-Terrier.
U, utérus ; Sy, symphyse pubienne ; P, plan cutané ; F, plan musculaire ; S, péritoine ; I, II, III, IV, fils fixateurs ; 1, 2, 3, 4, 5, sutures de l'ouverture abdominale.

sus, Terrier fixe l'utérus par un plus grand nombre de points de suture.

Procédé de Léopold

C'est le procédé perfectionné de Lawson-Tait.

Il diffère de celui de Czerny en ce que les fils sont passés en dehors des bords de la plaie, traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale et sont destinés à être enlevés du douzième au dix-huitième jour. Un grattage

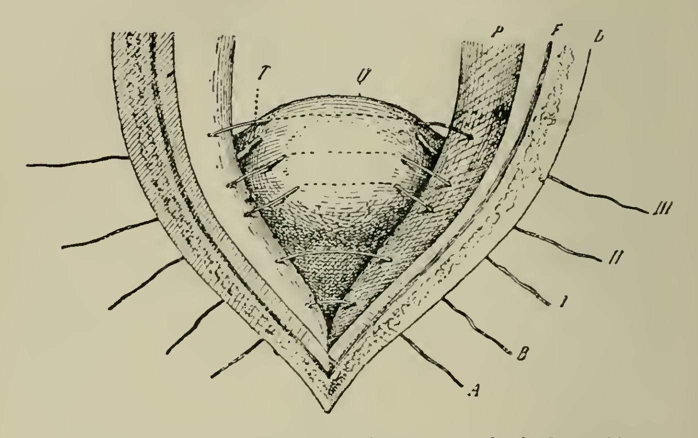


Fig. 74. — Hystéropexie abdominale; procédé de Léopold.
I, II, III, fils fixateurs; T, trompes; P, péritoine; F, fascia sous-péritonéal; D, derme.

de la séreuse péritonéale facilite les adhérences de l'utérus à la paroi.

Le premier fil traverse d'abord toute l'épaisseur de la paroi abdominale, en dehors du bord gauche de la plaie; il passe ensuite au niveau de l'insertion du ligament rond gauche, à travers la paroi antérieure de l'utérus; puis il ressort en traversant toute l'épaisseur de la paroi, en dehors du bord droit de la plaie abdominale. Le deuxième point de suture de soie est placé à 1 centimètre environ au-dessus du premier; il pénètre sous la séreuse, au fond de la matrice, près de l'origine des trompes, au milieu des fibres musculaires de la paroi antérieure de ce fond.

Le troisième fil de soie est placé de la même manière en arrière de l'insertion des trompes, à 1 centimètre du deuxième.

Chaque fil a un trajet intra-musculaire utérin d'environ 2 centimètres (fig. 74).

Avant de lier ces fils fixateurs, Léopold gratte la séreuse péritonéale avec le dos d'un bistouri au niveau du fond de l'utérus, entre les points d'entrée et de sortie des fils, ce qui constitue une surface saignante d'environ 4 centimètres carrés.

Ce grattage, destiné à faciliter les adhérences de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, doit être léger, pour ne pas donner trop de sang.

La partie inférieure de la plaie abdominale est ensuite fermée avant de nouer et de serrer les fils fixateurs. Les fils profonds supérieurs sont liés en dernier lieu.

Procédé de Pozzi

Pozzi a modifié le procédé de Czerny en ce sens que la suture, au lieu d'être à points séparés, est faite en surjet et à étages.

A l'aide d'une aiguille de Hagedorn, armée d'un fil de soie fine, mais résistante, il commence par fermer la plaie de la paroi à sa partie inférieure en faisant un premier surjet qui comprend le péritoine, l'aponévrose profonde et les muscles droits, de façon à prendre à l'angle inférieur un point d'appui.

Arrivant alors sur la face antérieure de l'utérus, dont le fond est maintenu relevé et appliqué contre la paroi abdominale à l'aide d'une pince tire-balles ou d'une pince de Museux, il traverse une première fois la couche superficielle de la paroi antérieure de cet organe avec le fil qui vient de lui servir et avec lequel il a commencé le surjet péritonéal. Ce premier point de surjet placé, il continue

de la même manière en se dirigeant vers le haut de la plaie. Il réunit ainsi, à l'aide du même fil, les muscles, l'aponévrose des droits et le péritoine, et la face antérieure de l'utérus (fig. 75). Après avoir dépassé le fond de l'utérus, il termine le surjet comme il le fait d'habitude dans toutes les laparotomies.

Il complète la suture de la paroi en faisant par-dessus

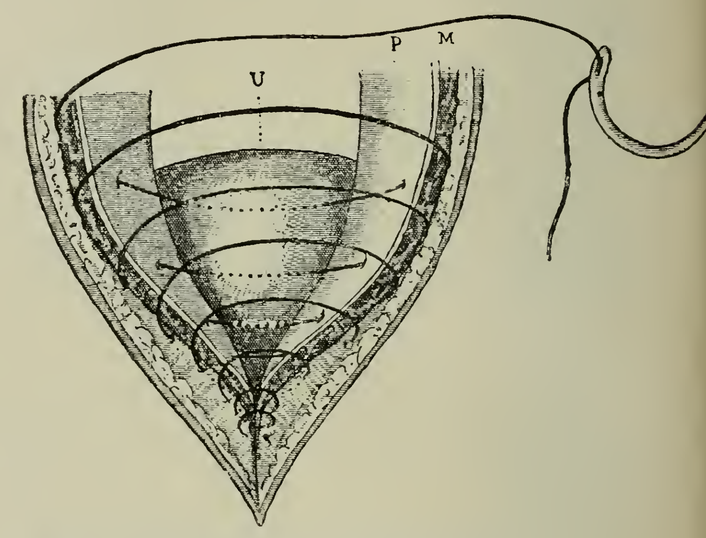


Fig. 75. — Gastro-hytéropexie : procédé de Pozzi.
U, utérus ; P, péritoine ; M, plan musculaire (Chalot).

un second surjet au catgut à deux plans superposés et comprenant les muscles droits et l'aponévrose superficielle ; puis il place des sutures profondes de soutènement à la soie et des sutures superficielles intercalaires (Baudouin).

Choix d'un procédé. — Tous les procédés que nous avons décrits donnent également de très bons résultats. On peut, du reste, les combiner comme nous le faisons :

nous passons les fils à travers les lèvres de la plaie abdominale, la *peau exceptée*, comme le fait Czerny; mais ensuite, à l'exemple de Léopold, nous grattons la séreuse péritonéale avec le dos du bistouri, au niveau du fond de l'utérus. Nous remplaçons les fils de soie par le gros catgut, préparé à l'acide chromique, très résistant. Notre technique nous paraît réunir les avantages des deux procédés et évite les inconvénients de la présence des fils non résorbables dans la cavité péritonéale.

II. — HYSTÉROPEXIE VAGINALE OU COLPO-HYSTÉROPEXIE

Depuis Amussat et Richelot père, les procédés de vagino-fixation se sont multipliés en raison des difficultés que les opérateurs rencontraient à fixer l'utérus aux tissus lâches et mobiles du vagin.

Les uns comme ceux de Von Rabenau, de Schmidt, de Fränkel n'ont plus qu'un intérêt historique. Les autres, ceux de Schucking, de Debrunner, de Thiem, de Zweifel, de Torngren, sont délaissés à juste raison parce qu'ils font courir de trop grands risques à la vessie et aux intestins.

On ne se sert guère non plus de la technique de Richelot, de Nicoletis qui relèvent l'utérus en prenant un point d'appui sur la paroi vaginale postérieure et le périnée, ni du procédé de rétrofixation du col de Sänger.

La vagino-fixation de Péan, de Bossi, diffère peu des interventions plus anciennes. Il faut arriver à l'année 1892 pour voir surgir deux procédés qui offrent les plus grandes garanties de succès. Ce sont ceux de Mackenrodt et de Dührssen. Ils réunissent les avantages des autres sans en avoir les inconvénients. Les légères modifications qu'y ont apportées depuis Jacobs, Winter, Steinbuchel,

Orthman, Knorre ne sont pas toutes heureuses et ne portent guère que sur quelques détails.

Nous suivrons la description qu'en ont donnée Arrizabalaga et Pichevin. Ils ont bien réglé les différents temps de l'opération de Mackenrodt et ont facilité son exécution par quelques perfectionnements de l'instrumentation et du manuel opératoire.

Procédé de Mackenrodt

La malade étant placée, après chloroformisation, dans la position dorso-sacrée, on fait l'antisepsie soignée des organes génitaux externes et du vagin, on évacue la vessie et on pratique un curage minutieux de l'utérus, pour être sûr de l'asepsie de la cavité utérine. Du reste, la muqueuse utérine est toujours, dans ces cas, plus ou moins malade, surtout au niveau de l'angle de flexion.

On fixe ensuite la muqueuse vaginale avec une pince à griffes placée un peu au-dessous du tubercule de la colonne antérieure du vagin. Une autre pince est placée, les dents mordant tout près de l'orifice externe du col ; deux autres pinces à traction, ou mieux les écarteurs érignes, imaginés par Pichevin, sont placés l'un à droite, l'autre à gauche, à un centimètre de la ligne médiane, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la paroi vaginale antérieure.

Les aides tirent la pince supérieure en haut et en avant, les pinces intermédiaires en bas et en avant. On incise alors sur la ligne médiane, depuis la pince placée près de l'orifice externe du col jusqu'au tubercule de la colonne antérieure, en n'intéressant que la paroi vaginale.

On décolle ensuite les deux lèvres de l'incision avec le bistouri et on sépare ainsi la paroi vaginale de la paroi vésicale. Le décollement se fait en rasant le lambeau vaginal, en cherchant le plan de clivage, en dirigeant le

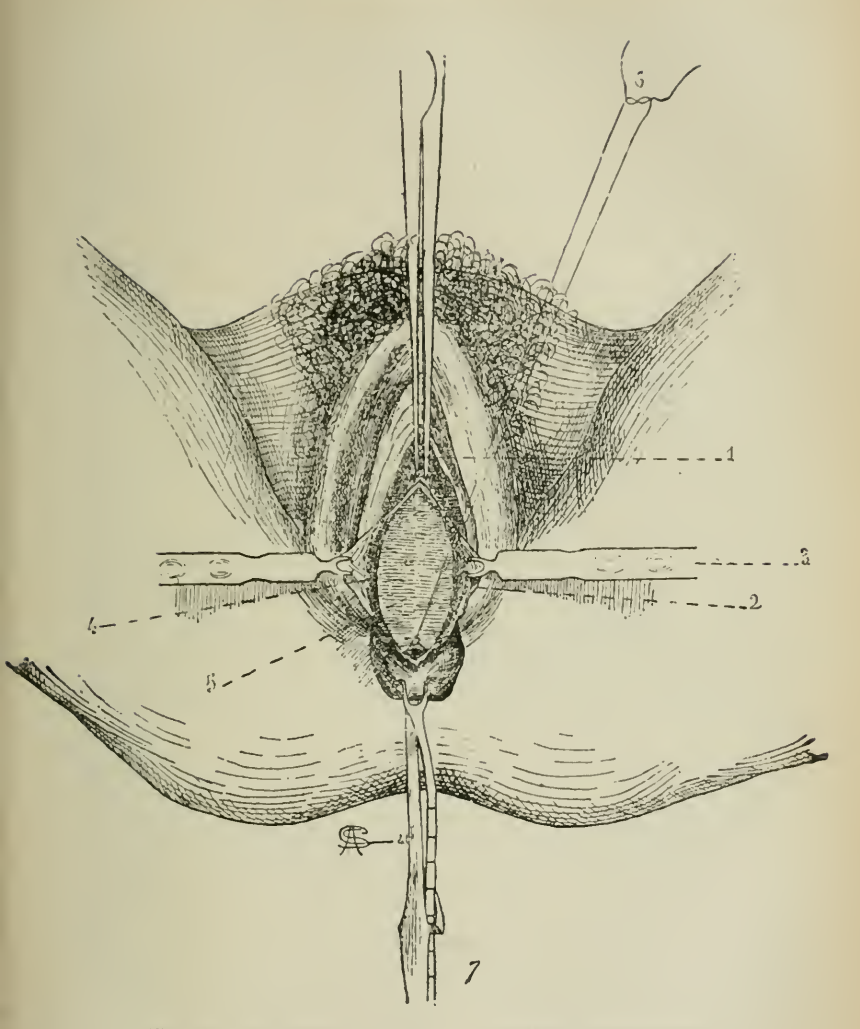


Fig. 76. — Hystéropexie vaginale ; procédé de Mackenrodt.

1, la pince saisissant la muqueuse vaginale sur la ligne médiane, juste au-dessous du tubercule sous-uréthral ; 2, bord interne du lambeau vaginal gauche écarté ; 3, écarteur-érigne étalant en dehors la face interne du lambeau vaginal décollé ; 4, pointillé montrant le tracé de la colporrhaphie antérieure qui sera pratiquée plus tard ; 5, paroi vésicale après libération des deux lambeaux vaginaux ; 6, un fil relève le tissu cellulaire situé entre la vessie le vagin et le col : au-dessous de ce tissu on commence à apercevoir la face antérieure de l'utérus ; 7, pince hystéromètre tirant le col hors de la vulve (Arrizabalaga).

bistouri non pas d'avant en arrière, mais de dedans en dehors, et transversalement (fig. 76). En écartant les deux lambeaux vaginaux, on est en présence de la paroi vésicale ; on tire sur la pince supérieure de façon à bien tendre cette paroi ; on met, au besoin, une sonde à large courbure dans la vessie, pour voir jusqu'où cet organe descend sur le col utérin ; alors on saisit la portion la plus déclive de la vessie recouverte de tissu cellulaire, on la soulève et, avec des ciseaux courbes, on détache la vessie de la partie correspondante du col ; pour ce faire, on écarte bien les extrémités inférieures des lambeaux vaginaux, et d'un petit coup de ciseaux perpendiculaire à la direction de l'utérus redressé par l'hystéromètre à double courbure de Pichevin, on coupe, avec précaution, quelques brides celluleuses qui relient à ce niveau la vessie au col utérin. On soulève un peu la vessie et, avec les ciseaux ou mieux avec le doigt, on agrandit transversalement le décollement créé entre la vessie et la face antérieure de la partie inférieure du col (fig. 77). Avec le doigt on approfondit ce décollement en relevant la vessie ; une petite valve étroite peut être glissée entre la paroi antérieure de l'utérus et la vessie ; si on le juge nécessaire on peut, à ce moment, pratiquer l'opération de Schrœder.

Quand, avec l'hystéromètre, on s'est assuré qu'on est, par exemple, à 3 centimètres et demi du fond, on passe dans le tissu utérin, sur la ligne médiane, à l'aide d'une aiguille courbe, le plus haut possible, un fil de soie qui servira à abaisser et à basculer l'utérus (fig. 78). Ce fil est tiré fortement en bas et en avant, et une surface utérine plus grande se présente à la vue. On poursuit le décollement de la vessie et on passe dans le tissu utérin un second fil tracteur. On recommence la même manœuvre et on ne tarde pas à voir apparaître le péritoine à la partie supérieure du dédoublement. Il est rare qu'on puisse arriver

à un centimètre du fond de la cavité utérine sans avoir déchiré le péritoine ; cette ouverture est d'ailleurs avan-

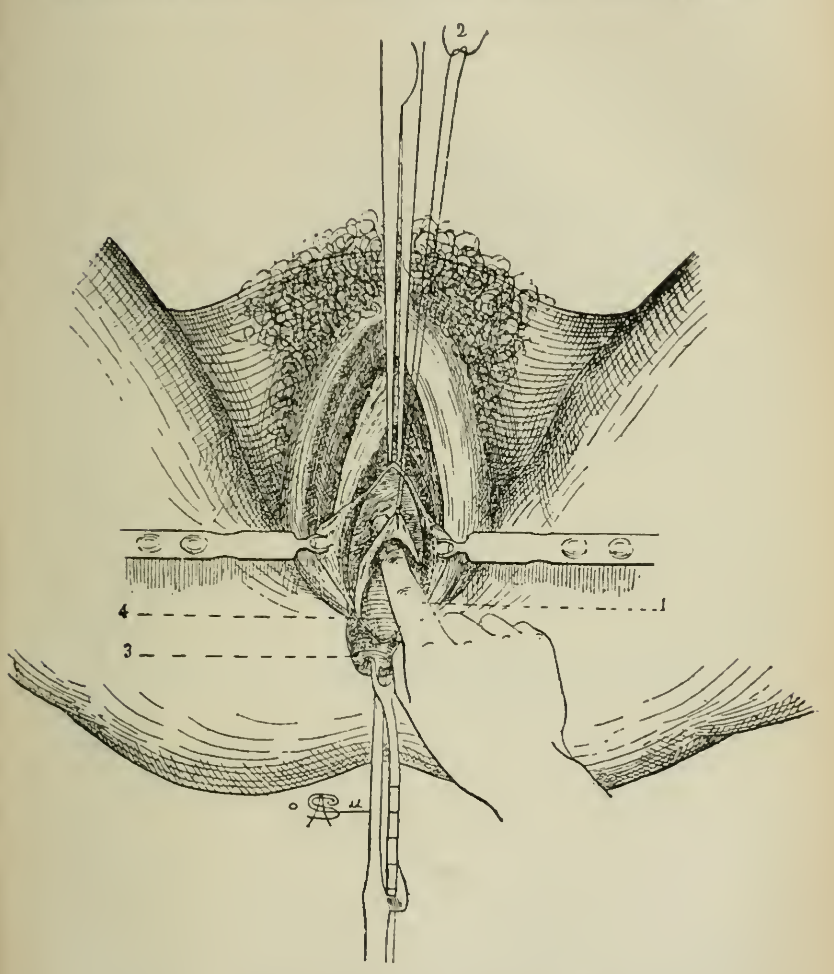


Fig. 77. — Hystéropexie vaginale ; procédé de Mackenrodt.

1, l'index décolle la vessie de l'utérus et chemine dans le tissu cellulaire qui se trouve à ce niveau ; 2, le fil placé à la partie inférieure du tissu cellulaire vagino-vésico-utérin, tire la vessie par en haut et nous montre une petite portion de cet organe en rapport avec la face antérieure du col ; 3, portion du col située au-dessous de l'incision médiane et recouverte par la muqueuse ; 4, portion de ce col située au-dessus de l'incision et mise à nu par le dédoublement de la cloison vésico-utérine.

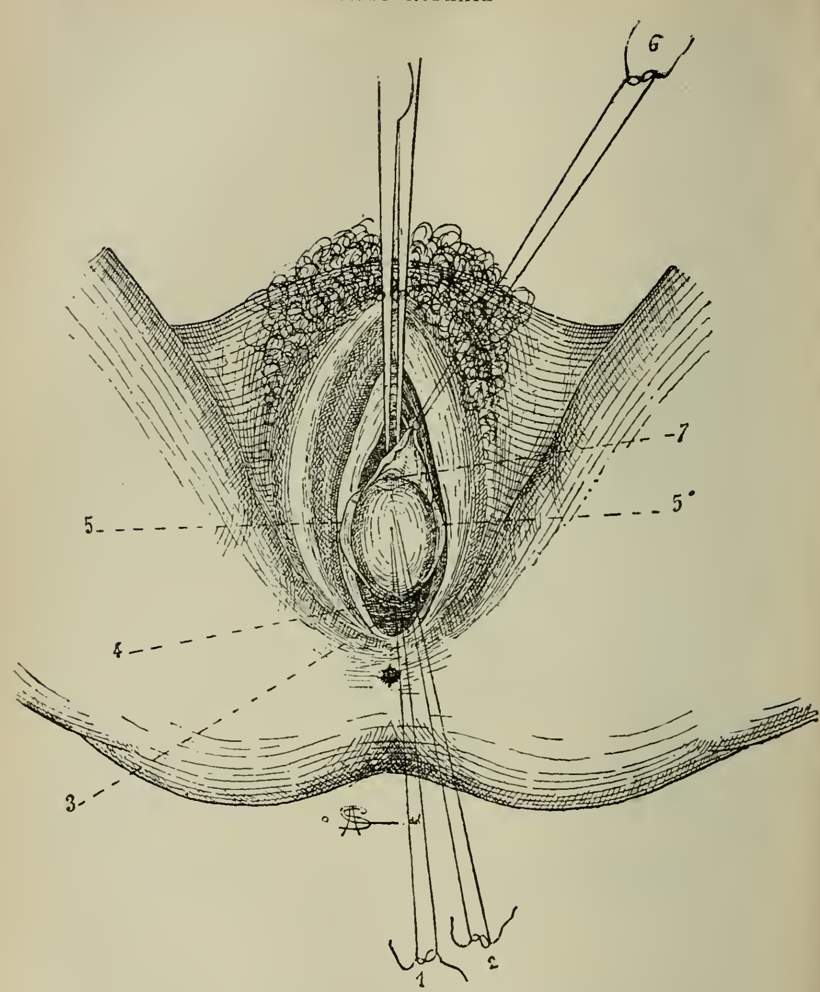


Fig. 78. — Hystéropexie vaginale; procédé de Mackenrodt.

La pince hystéromètre a été ôtée pour faciliter la bascule du fond de l'utérus en avant. 1, fil abaisseur passé verticalement au milieu de la face antérieure de l'utérus; 2, autre fil abaisseur placé plus près du fond, qui sort entre les lèvres de la plaie vaginale; 3, la partie inférieure du col située au-dessous de l'incision médiane, recouverte de la muqueuse vaginale, s'enfouçant dans le vagin; 4, la partie supérieure du col mise à nu par le décollement de la vessie et vue en raccourci s'enfonce plus profondément dans le vagin et fait un angle avec le corps utérin; 5, 5', les lambeaux vaginaux ont été coupés suivant le tracé fait en pointillé et indiqué dans la figure précédente; 6, fil tirant par en haut la vessie et le tissu cellulaire vésico-vagino-utérin; 7, le péritoine décollé très haut et apparaissant sous forme d'une fine membrane.

tageuse dans beaucoup de cas, en ce sens qu'elle permet de bien voir ce que l'on fait et d'éviter à coup sûr une anse intestinale.

Mackenrodt n'emploie pas des fils tracteurs. Il fait basculer l'utérus avec l'hystéromètre à l'aide duquel il pousse l'utérus aussi avant que possible. C'est Pichevin qui a eu l'heureuse idée d'emprunter ce temps opératoire au procédé de Dührssen. Seulement, au lieu de les placer transversalement dans le tissu utérin, il préfère les passer verticalement, de haut en bas, pensant que leur action serait ainsi plus puissante.

Reste à fixer l'utérus et à fermer la plaie vaginale.

Auparavant, on résèque, s'il est nécessaire, un lambeau de chaque côté du décollement vaginal. On fera en sorte que la largeur du lambeau soit plus grande à la partie moyenne qu'en bas et en haut ; on a ainsi une perte de substance vaginale en forme de losange.

La vessie étant repoussée par une valve, l'utérus rendu bien visible et accessible grâce à la traction exercée par les fils abaisseurs, on passe les fils fixateurs.

Avec une aiguille courbe en hameçon, on passe un fil de soie plate assez gros à un centimètre de l'incision vaginale et aussi près que possible de l'extrémité supérieure de l'incision médiane. Le fil passe de dehors en dedans dans le lambeau vaginal gauche, évite la vessie relevée et va sur l'utérus; l'aiguille accroche un centimètre à un centimètre et demi de tissu utérin et va prendre ensuite la face interne du lambeau vaginal droit à un centimètre environ du bord cruenté, dans un point symétrique.

On enlève alors les fils abaisseurs devenus inutiles, et on place, transversalement, un deuxième fil fixateur ayant une disposition analogue à celle du premier, mais situé un peu plus bas. Si le cul-de-sac péritonéal n'a pas été ouvert, on doit faire une suture perdue dans le tissu sous-péritonéal décollé ou fouillé et on passe alors à la ligature

des fils fixateurs ; pour cela on tire sur eux, on rapproche l'utérus de la face interne de la paroi vaginale et on serre modérément.

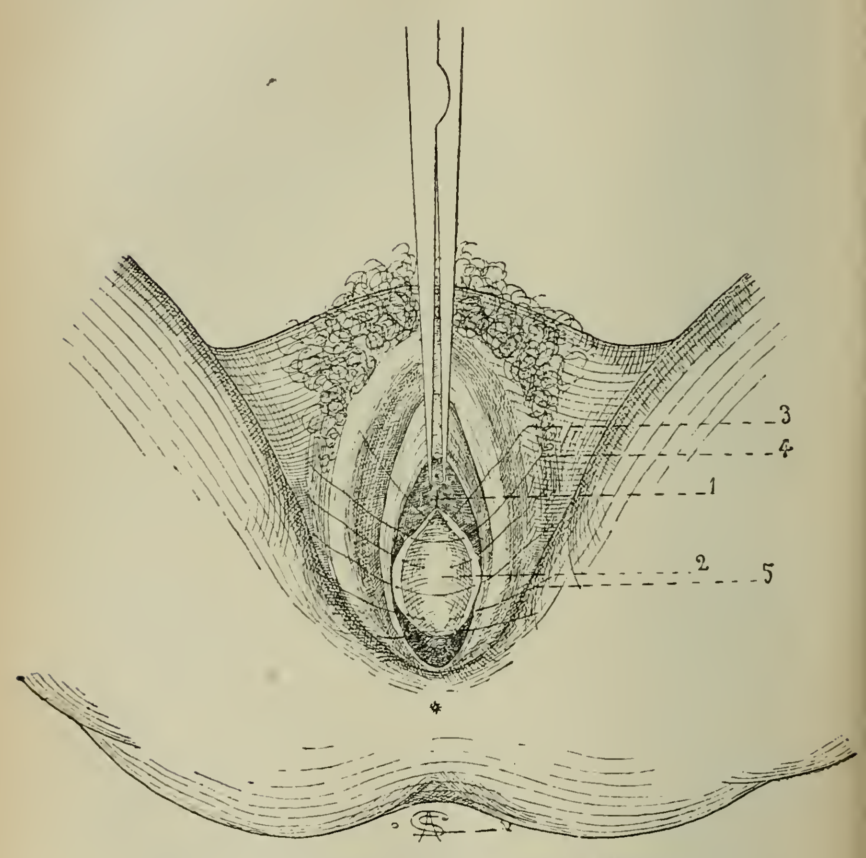


Fig. 79. — Hystéropexie vaginale ; procédé de Mackenrodt.

1, premier point de suture réunissant la partie supérieure de l'incision médiaue vaginale (la vessie a été repoussée en arrière) ; 2, face antérieure de l'utérus ; 3, premier point de suture vagino-utérin (fil fixateur) ; 4, fil superficiel passant d'une paroi vaginale à l'autre sans pénétrer dans l'utérus ; 5, autre fil profond ou fixateur vagino-utérin. Les fils superficiels ou purement vaginaux passent près du bord interne de chaque lambeau, tandis que les points profonds, fixateurs ou vagino-utérins pénètrent à la face interne du lambeau vaginal, et à une assez grande distance du bord interne du lambeau.

On met trois ou quatre fils de soie, en les passant de la

paroi vaginale dans la face antérieure de l'utérus ; entre ces fils profonds on place des fils superficiels, c'est-à-dire seulement vaginaux (fig. 79) ; on forme ainsi une cloison vagino-utérine sur une longueur étendue. Pour les fils superficiels, on emploie des crins de Florence. L'utérus est ainsi placé en antéversion plus ou moins marquée.

Il ne reste plus qu'à fermer la partie supérieure de la plaie par des fils superficiels.

Les fils de soie doivent être laissés six semaines en place ; quant aux crins de Florence, ils peuvent être enlevés vers le douzième ou quinzième jour.

Pansement à la gaze iodoformée et soins post-opératoires identiques à ceux des colporrhaphies.

Procédé de Dührssen

Désinfection complète des organes génitaux externes et du vagin ; curettage utérin ; évacuation de la vessie et refoulement de cet organe en haut et en avant au moyen du cathéter.

Un aide attire le col jusqu'à la vulve ; pendant ce temps l'opérateur fait une incision superficielle, transversale, d'un centimètre de longueur, au niveau de l'insertion antérieure du col ; on saisit, avec une pince, la lèvre supérieure de l'incision ainsi faite et on l'attire fortement en haut ; on approfondit alors l'incision avec des ciseaux et on la prolonge, également avec des ciseaux, d'un centimètre environ de chaque côté ; cette incision suffit pour permettre à l'index gauche, introduit dans la plaie, de décoller facilement la vessie de l'utérus. On introduit ensuite un hystéromètre courbe dans l'utérus ; l'instrument est confié à un aide qui repousse le fond de cet organe vers l'index gauche de l'opérateur. Se guidant sur ce doigt, l'opérateur passe à travers la paroi antérieure de l'utérus un fil de soie placé transversalement. Ce fil n'est

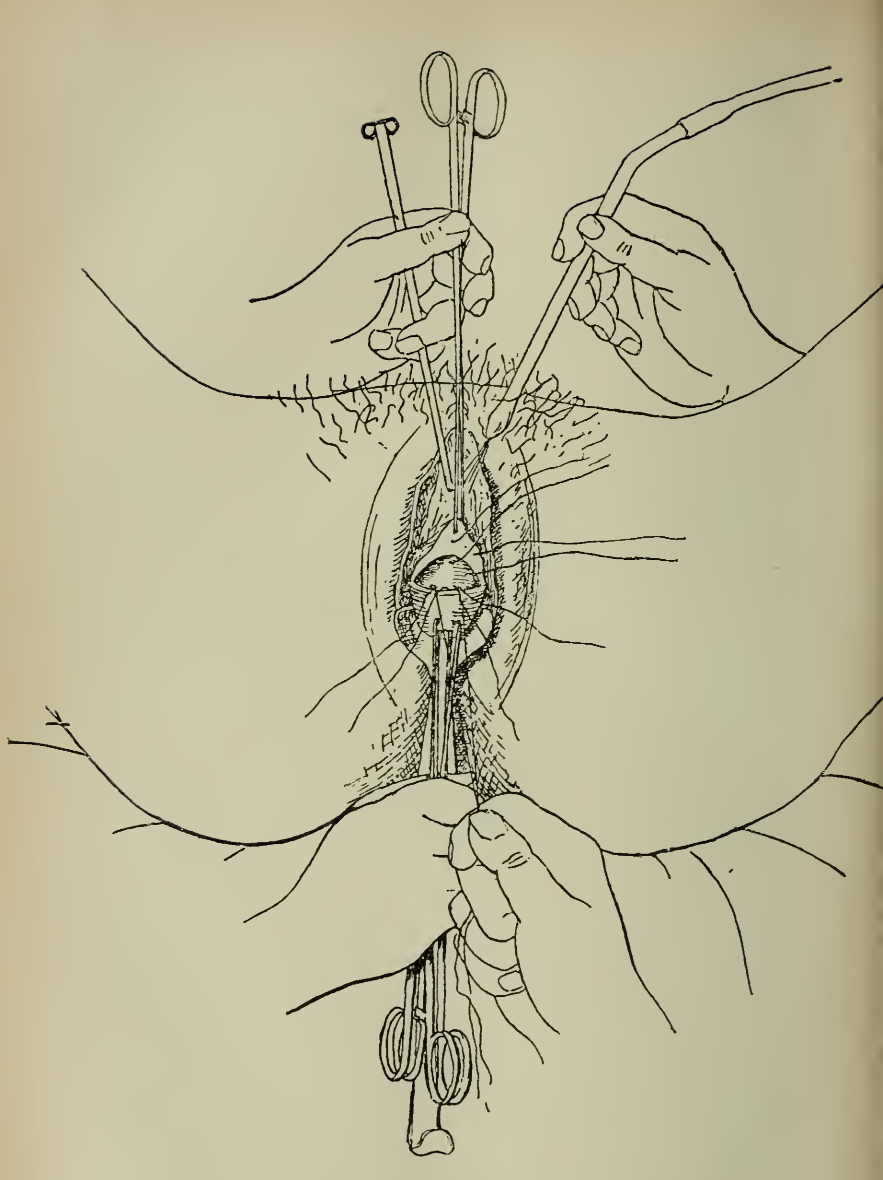


Fig. 80. — Vagino-fixation ; procédé de Dührssen.

L'utérus, abaissé au moyen de fils passés transversalement, est fixé à la partie postérieure de a lèvre supérieure de l'incision vaginale par des fils perdus placés verticalement (Arrizabalaga).

pas serré ; il ne traverse que la paroi utérine et a pour but de permettre de faire une traction énergique sur l'uté-



Fig. 81. — Résultat de la vagino-fixation d'après le procédé de Dührssen.

rus ; c'est un fil abaisseur qui remplace la pince de Museux, désormais inutile.

Par l'intermédiaire de ce fil, on abaisse l'utérus et on

place de plus en plus haut un deuxième, troisième, quatrième fil abaisseur, ayant la même disposition et le même rôle que le premier ; le dernier est placé aussi haut que possible ; il passe habituellement au niveau du fond de l'utérus.

Le fond étant ainsi amené en avant, l'opérateur place trois fils fixateurs, dont la disposition est la suivante : ils entrent à la face postérieure du lambeau vaginal supérieur, tout près de l'incision, se dirigeant verticalement en haut, traversent toute l'épaisseur de la paroi vaginale, à l'exception de la muqueuse, et vont ressortir un peu plus haut. Enfin, ils traversent la paroi utérine antérieure au niveau du fond (fig. 80). Ce sont donc des fils à direction longitudinale antéro-postérieure ; de plus, ce sont des fils perdus, car ils sont dans l'intérieur du décollement, et une fois noués, ils ne sont plus visibles à l'extérieur. Ces fils noués, on enlève les fils abaisseurs devenus inutiles, et on coupe les sutures au ras.

On ferme la plaie vaginale avec une suture continue au catgut ; on enlève l'hystéromètre, on fait un lavage intra-utérin suivi d'un tamponnement à la gaze iodoformée (fig. 81).

Toute l'opération dure environ dix minutes ; lorsqu'elle est terminée, l'utérus est en antéflexion ; souvent il est un peu dévié latéralement, habituellement à droite.

La malade gardera le lit huit jours, et s'abstiendra de travaux pénibles pendant un certain temps (Arrizabalaga).

Choix d'un procédé. — Comme on a pu s'en rendre compte, le procédé de Dührssen est plus simple, plus expéditif que celui de Mackenrodt. Néanmoins, nombre de chirurgiens préfèrent ce dernier, qui permet de faire, pour ainsi dire, les sutures à ciel ouvert, et qui met l'utérus

dans une anté-courbure se rapprochant plus de la normale.

En outre, la technique de Mackenrodt assure une cicatrice vagino-utérine beaucoup plus longue, et par suite la matrice a plus de chances de rester fixée en bonne position.

XIX

LAPAROTOMIE

Toute intervention abdominale, qu'il s'agisse de redresser et de fixer l'utérus dévié, d'enlever une tumeur ou bien de pratiquer la castration des ovaires, exige un certain nombre de manœuvres communes. Toutes commencent par l'ouverture de la cavité abdominale, toutes nécessitent la rupture d'adhérences existantes, toutes enfin doivent être suivies de la toilette du péritoine et de la fermeture de la plaie. Ce qui les caractérise, ce qui les différencie les unes des autres, c'est le temps opératoire destiné à atteindre le but même de l'intervention. On le trouvera décrit dans les chapitres consacrés à l'hystéropexie, ovariotomie, etc.

Nous exposerons ici seulement les règles générales de la laparotomie, règles qui doivent guider l'opérateur dans toute intervention abdominale.

Instruments. — Nous avons indiqué ailleurs comment on doit désinfecter les instruments et les pièces de pansement, quels soins doivent prendre l'opérateur et les aides pour rendre leurs mains parfaitement aseptiques. On trouvera dans l'*Aide-Mémoire* les instruments dont on a besoin pour chaque intervention.

Quelle que soit l'habileté de l'opérateur dans le diagnostic et quelle que soit l'attention qu'il ait apportée à l'examen

de la malade, il doit toujours prévoir les cas les plus compliqués et tout disposer en conséquence. On réunira donc dans un plateau les instruments strictement indispensables à l'opération qu'on se propose de faire et on tiendra prêts ceux qui sont destinés à parer à toute éventualité.

Aides. — Le nombre des aides doit être aussi restreint que possible. Moins il y aura de mains en contact avec le champ opératoire, les instruments, les pièces de pansement, moins on courra les risques d'infection. Trois aides sont ordinairement suffisants : l'un est chargé de l'anesthésie, un autre passe les compresses, les tampons, les fils pour ligatures et enfile les aiguilles ; un troisième, l'aide principal, empêche la hernie des intestins, étanche le sang pour maintenir constamment libre le champ de l'opération et, en général, assiste le chirurgien dans chaque temps opératoire. Un quatrième aide peut être utile dans certaines hystérectomies abdominales faites pour fibromes volumineux afin de seconder l'aide principal. L'opérateur prendra lui-même les instruments placés à la portée de sa main (fig. 82).

La malade recevra matin et soir, pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, une injection vaginale antiseptique. Si elle souffrait d'embarras gastrique, de constipation, on lui administrerait des purgatifs, des antiseptiques intestinaux : naphtol β, benzonaphtol, salicylate de magnésie. En tout cas, elle prendra, la veille, un purgatif et recevra, quelques heures avant l'intervention, un lavement. Quelques chirurgiens préfèrent, après avoir purgé la malade à deux reprises, la constiper les derniers jours par de fortes doses de sous-nitrate de bismuth pour mettre les intestins au repos et les débarrasser de gaz. La malade sera rendue aseptique par un grand bain savonneux suivi d'une lotion au sublimé dans l'après-midi du

jour qui précède l'opération, Elle sera vêtue d'un gilet de flanelle, de sa chemise et de ses bas.

Auguste Reverdin conseille de revêtir les bras et les jambes de la malade de fourreaux fermés à l'une de leurs

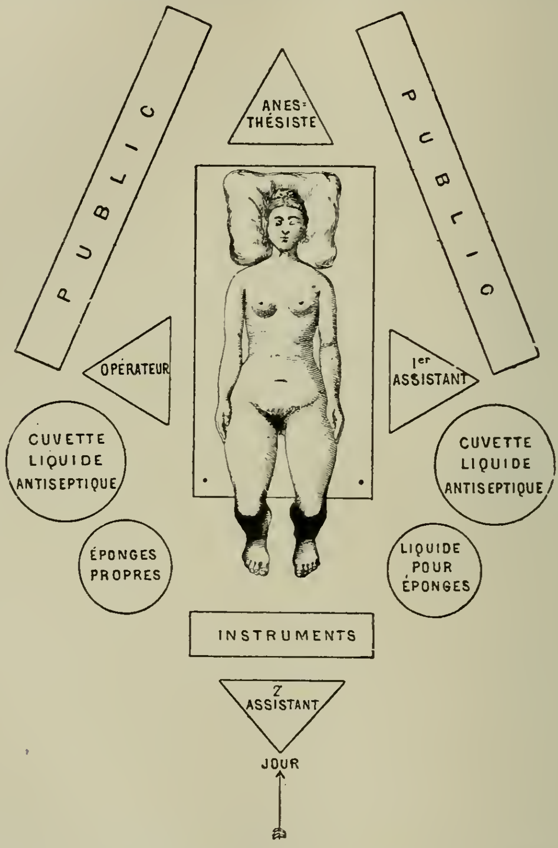


Fig. 82. — Disposition générale pour une laparotomie (Auvard).

extrémités et pourvus à l'autre d'une coulisse et d'un ruban. Ces gants et ces guêtres d'un genre particulier sont passés à l'autoclave et préservent les mains des aides du contact des bras et des jambes de la patiente. Celle-ci sera

couchée sur une table étroite, la chemise relevée. La table d'opération sera placée de façon à ce que la lumière vienne tomber à la droite de l'opérateur.

L'anesthésie au chloroforme ou à l'éther sera menée jusqu'à narcose profonde pour éviter les vomissements qui troublent l'opération et chassent au dehors les anses intestinales. La vulve et le pubis seront rasés ; les parois abdominales, le nombril en particulier, seront soigneusement savonnés et brossés, puis lavés à l'éther, à l'alcool et au sublimé à 1/1000. La région opératoire sera entourée de compresses aseptiques. Un des aides sondera la malade et se désinfectera immédiatement après.

Ouverture de la cavité abdominale. — La longueur à donner à l'incision de la paroi abdominale est variable suivant les cas. Une énorme tumeur solide, la présence d'adhérences multiples nécessiteront évidemment une ouverture beaucoup plus grande qu'un kyste de l'ovaire ou une tubo-ovarite dépourvus d'adhérences. Mais, en règle générale, on ne doit donner à l'incision que la longueur strictement nécessaire. Elle sera donc de 8 à 10 centimètres environ, à égale distance de l'ombilic et du pubis. Si dans la suite on éprouve quelques difficultés, rien de plus simple que d'allonger l'ouverture. Dans certains cas on est même obligé de dépasser l'ombilic qu'on contourne alors en passant du côté gauche pour éviter le ligament rond du foie.

La paroi étant tendue avec la main gauche, on divise avec le bistouri, sur la ligne médiane, la peau et le panicule adipeux. L'aponévrose des muscles droits apparaît et elle est incisée le long de la ligne blanche. L'interstice de ces muscles étant très étroit en bas, surtout chez les nullipares, on le trouvera plus facilement dans la partie supérieure de la plaie. Si on s'est trompé et si on incise sur le muscle, on écartera avec les doigts les

faisceaux musculaires, sur une longueur égale à la plaie cutanée, pour arriver ainsi sur la face postérieure de la gaine du muscle droit, qu'on sectionne. On tombe ensuite sur le tissu cellulaire pré-péritonéal, chargé de graisse, qu'on déchire facilement. Chez les femmes chargées d'embonpoint cette couche adipeuse peut être très épaisse, on l'enlèvera alors avec les ciseaux de manière à découvrir la séreuse. On soulève un pli de celle-ci à l'aide de deux pinces et on pratique une petite incision avec un bistouri tenu à plat. Dans l'orifice ainsi fait on introduit une sonde cannelée ou bien un doigt destinés à conduire le bistouri ou des ciseaux coudés avec lesquels on agrandit l'ouverture de haut en bas, dans toute l'étendue de la plaie abdominale. On surveillera l'épiploon et surtout les intestins qui, dans certains cas, adhèrent étroitement au péritoine pariétal. Si l'incision approche trop du bord supérieur de la symphyse, on doit redoubler de précautions pour ne pas blesser la vessie. Un cathéter introduit dans le réservoir urinaire peut rendre des services dans ce cas. Mentionnons également que si on rencontre au niveau de la ligne blanche l'ouraque, qui n'est pas toujours oblitéré, on doit l'écarter soigneusement.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une péritonite ou lorsque la laparotomie est faite pour une tumeur ou un kyste adhérant à la paroi abdominale, on a quelquefois de la peine à reconnaître le péritoine, épaissi et altéré. Dans ce cas on continue d'inciser les tissus pour arriver d'une façon évidente sur la tumeur, ce qui lèvera les doutes et permettra de retrouver la séreuse.

Avant d'ouvrir la cavité péritonéale on doit arrêter toute hémorragie. Dans ce but, à mesure qu'on incise les différentes couches de la paroi abdominale, on saisit provisoirement les petites artères avec des pinces hémostatiques, on les tord ou bien on les lie. Si on rencontre de grosses veines, on les évite en inclinant légèrement l'in-

cision. Si l'hémorragie en nappe ne tarit pas spontanément on l'arrête par la compression prolongée à l'aide d'une compresse-éponge. Le péritoine ouvert, on le borde avec quelques pinces hémostatiques ou bien on applique quelques points de suture provisoires destinés à unir la séreuse aux parois abdominales. Une ou deux larges compresses, retenues par des pinces, sont introduites dans

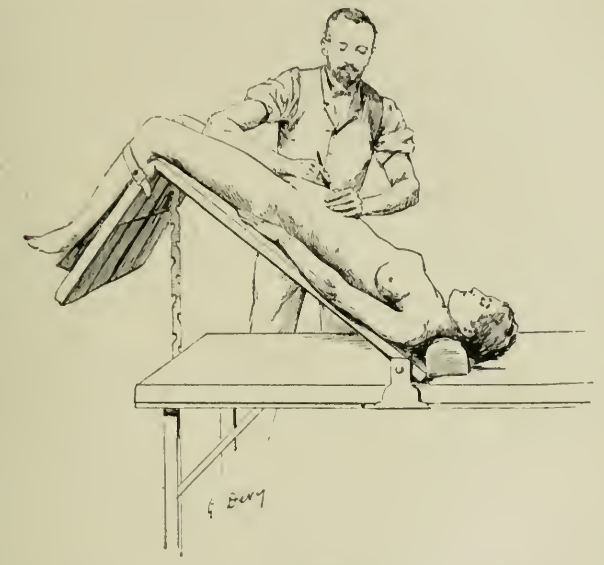


Fig. 83. — Position inclinée de Trendelenburg.

la cavité péritonéale pour éloigner les viscères. Si on éprouvait quelques difficultés à le faire, on mettrait la malade dans la position déclive de Trendelenburg (fig. 83). Afin d'être facilement reconnues, ces pinces doivent porter une marque spéciale.

On procède ensuite à l'exploration de la cavité abdominale pour se rendre compte de l'état des organes, du nombre et de la nature des adhérences. On verra alors si les lésions constatées réclament réellement une opéra-

tion radicale et si elle est possible. Tenter d'enlever une tumeur et ne pas le faire d'une manière complète est une opération incomparablement plus grave que la laparotomie purement exploratrice. Une longue expérience permet seule au chirurgien de se rendre compte du moment où il est préférable d'interrompre l'opération.

Quand elle est faite pour une oophoro-salpingite ou une petite tumeur ovarienne, on introduit dans la cavité péritonéale l'index et le médius de la main droite et on les dirige d'abord vers le détroit supérieur, puis on les incline légèrement en arrière pour atteindre le fond de l'utérus. En suivant le bord latéral de la matrice et le ligament large, on trouve l'ovaire. On évitera de le confondre avec un appendice épiploïque ou avec un cybale contenu dans une anse intestinale, ou encore avec un petit fibrome pédiculé. L'ovaire reconnu, on l'accroche ainsi que le pavillon de la trompe avec les deux doigts et on l'attire dans la plaie, où il est facile de l'examiner.

Nous avons choisi le cas le plus simple, mais quand il existe de nombreuses adhérences qui maintiennent l'ovaire dans une position plus ou moins fixe, ou quand l'utérus est en rétroversion et a contracté des adhérences dans sa situation vicieuse, ce temps opératoire peut devenir excessivement laborieux. Même en dehors de ces conditions, on peut éprouver de grandes difficultés à amener l'ovaire, quand il est étroitement lié aux ligaments larges, peu extensibles. Néanmoins, en produisant des tractions lentes de plus en plus fortes on arrive peu à peu à les soulever.

Les ADHÉRENCES lâches, minces, sont déchirées facilement avec les doigts. Il faut être plus prudent quand les brides qui vont à l'épiploon ou à l'intestin sont plus résistantes. On ne les rompra qu'à ciel ouvert, et, pour peu qu'elles paraissent volumineuses, vasculaires, on les divi-

sera entre deux ligatures préalables. On n'hésitera pas à agrandir l'ouverture abdominale, ou même à faire une entaille dans le muscle droit pour se donner du jour surtout quand on est en présence d'adhérences multiples du petit bassin, particulièrement dangereuses. Lorsque les ovaires se trouvent entièrement englobés dans une masse d'exsudats, on risque de provoquer une hémorragie interne et on se heurte quelquefois à des difficultés si grandes qu'il est préférable, si cela est encore possible, d'interrompre l'opération. Quand il est, au contraire, trop tard pour l'abandonner, on l'achève avec les plus grandes précautions. On isole la tumeur avec des instruments mousses et on assure l'hémostase avec des ligatures.

Les adhérences qu'on rencontre dans les laparotomies pour les kystes volumineux ou tumeurs solides de l'ovaire seront traitées de la même manière. Les filaments minces seront rompus avec la main glissée entre la tumeur et la paroi abdominale. Les brides plus étendues ne seront divisées qu'après la ponction du kyste quand on pourra les attirer vers l'ouverture abdominale. On liera avec un fil de soie ou de catgut chaque point saignant et on coupera les chefs des fils très courts.

Les adhérences anciennes, résistantes qui relient la tumeur aux intestins peuvent nécessiter l'abandon d'un fragment de la paroi du kyste, dont on détruit alors l'épithélium proliférant avec le thermocautère.

Le fer rouge rendra également d'excellents services contre les hémorragies en nappe, quand la simple compression ne suffit pas et on pourrait même l'appliquer sur l'utérus et l'épiploon. Du reste, ce dernier, s'il s'étale sur une grande surface de la tumeur, peut être réséqué en masse après avoir été saisi dans une ou plusieurs ligatures.

Enfin les adhérences pelviennes trop étendues et trop

résistantes, vestiges de péritonites d'ancienne date, peuvent rendre absolument impossible l'énucléation de la tumeur. L'opérateur est contraint, dans ces cas rares, d'interrompre l'opération et de fixer par des sutures le segment inférieur de la tumeur dans la plaie abdominale.

De la toilette du péritoine. — Les ovaires, kystes ou tumeurs une fois enlevés, les pédicules liés, cautérisés, on assèche le péritoine avec des compresses chaudes soigneusement désinfectées et bien exprimées.

Dans les cas d'ablation des annexes, la toilette est ordinairement faite très rapidement. On aura pourtant à procéder avec plus de soin, à introduire plusieurs fois les compresses, si les nombreuses adhérences étaient rompues.

Mais ce temps prend particulièrement de l'importance dans les laparotomies pour kyste ou tumeur de l'ovaire. Les compresses-éponges seront introduites à plusieurs reprises dans tous les points où peut s'accumuler le liquide, surtout si on n'a pas pu empêcher l'effusion du contenu du kyste dans la cavité péritonéale. Dans ce dernier cas, si le contenu était irritant, septique, on devrait aussi procéder au lavage de la cavité péritonéale avec une solution chaude de chlorure de sodium à 7 p. 1000, filtrée, bouillie et stérilisée. Ce moyen pourrait devenir également insuffisant quand le liquide épanché est particulièrement septique, quand on a été forcé d'abandonner un lambeau du kyste ou bien quand la vitalité de la séreuse est compromise par des manœuvres laborieuses. Le drainage ou le tamponnement de la cavité péritonéale s'impose dans ces cas. On procéderait de même s'il était impossible d'arrêter suffisamment le suintement de sang ou lorsqu'une ouverture accidentelle de la vessie, des uretères ou de l'intestin, n'a pas pu être complètement oblitérée. La pré-

sence d'une ancienne fistule réclamera également le drainage.

Le DRAINAGE prophylactique du péritoine peut être fait par la voie abdominale, par le vagin ou par les deux voies combinées.

Kœberlé le premier, en 1867, fit le drainage par la plaie abdominale avec une canule en verre. Ce tube à drainage doit avoir de 16 à 18 centimètres de longueur et de 3 à 5 centimètres de largeur.

La partie inférieure, percée de trous, est introduite derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas; son extrémité supérieure sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale, passe dans un orifice préparé dans le pansement et est recouverte d'une couche d'ouate antiseptique. Pour absorber les liquides accumulés dans la canule, on la remplit de gaze iodoformée, qu'on renouvelle d'abord toutes les heures et plus tard moins souvent, suivant l'abondance de la sécrétion.

Quelques chirurgiens remplacent le drain en verre ou en gomme durcie par des lanières de gaze iodoformée ou par des mèches de coton bien désinfectées.

Le drainage par le vagin seul, employé par Peaslee dès 1855, est rarement appliqué après l'ovariotomie. Nous avons indiqué comment il doit être fait après certaines hystérectomies abdominales (voir p. 138).

Le drainage par le vagin et par la plaie abdominale en même temps est, au contraire, assez répandu à l'étranger. On emploie à cet effet des tubes en caoutchouc à parois très épaisses, de 50 à 60 centimètres de longueur et d'un centimètre environ de largeur. La manière la plus simple pour passer le drain du vagin vers le péritoine ou dans le sens contraire, c'est de perforer le cul-de-sac de Douglas avec un fort trocart, dont la canule sert ensuite à faire passer le drain. L'extrémité inférieure du drain

dépasse la vulve et est entourée de coton hydrophile, ou vient plonger dans un vase rempli de liquide antiseptique ; le bout supérieur est enserré par des sutures dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. La portion du tube qui se trouve dans la cavité péritonéale est percée de plusieurs trous.

Ce drain permet non seulement l'écoulement des sécrétions, mais encore le lavage de la cavité péritonéale. Les injections sont faites avec une solution faible d'acide phénique, par le bout supérieur du drain; on les fait plus ou moins souvent, suivant la quantité et la nature du liquide sécrété. Dans certains cas graves, on peut même faire l'irrigation continue.

Pour éviter l'oblitération du drain, on pourrait de temps en temps varier le sens du courant en passant l'injection tantôt par l'extrémité vaginale, tantôt par l'extrémité abdominale. Quand le drainage est établi pour remédier à un suintement de sang ou de sérosité, on peut retirer le tube après trois ou quatre jours. Ce dernier, au contraire, sera laissé pendant des semaines, si on a abandonné dans la cavité abdominale un segment de kyste ou de tumeur. Du reste, la marche de la température, la quantité de liquide sécrété et son aspect guideront le chirurgien pour déterminer le moment où l'on peut suspendre le drainage.

Quelques chirurgiens, à l'exemple de Mikulicz, substituent au drainage par des tubes, un tamponnement particulier du péritoine qui porte le nom de cet auteur. Pour faire un « Mikulicz », on attache au milieu d'une pièce de gaze iodoformée, un fil double de soie et on la plie de façon à lui donner la forme d'une longue bourse, au fond de laquelle se trouve le fil. Cette bourse antiseptique est introduite au fond de la cavité qu'on veut tamponner; elle est ensuite bourrée avec de longues mèches de gaze iodoformée. Ses extrémités, ainsi que le fil de soie, dé-

passent l'angle inférieur de la plaie abdominale. Le tout est couvert par le pansement qu'on change à mesure qu'il s'imbibe de sérosité (deux ou trois fois par jour). Les mèches de gaze sont renouvelées au bout de quarante-huit heures. La bourse restera en place au moins cinq jours. Pour l'enlever, on n'aura qu'à tirer sur le fil de soie.

Occlusion de la cavité abdominale. — Après la toilette du péritoine, suivie ou non du drainage de la cavité abdominale, celle-ci est fermée par une suture. Avant de faire cette suture, on étale au-devant du paquet intestinal des compresses-éponges destinées à le protéger et à absorber les liquides qui pourraient suinter dans la cavité péritonéale. Les masses graisseuses qui viennent faire saillie à travers la plaie sont excisées, ainsi que les bords du péritoine, s'ils étaient froissés ou comprimés.

Un grand nombre de chirurgiens se contentent d'appliquer des sutures profondes qui traversent toute l'épaisseur de la paroi abdominale, le péritoine compris, et des sutures superficielles servant à l'affrontement plus parfait des bords de la plaie. Les points séparés de la suture profonde faite avec le gros fil de soie sont éloignés les uns des autres de 1,5 à 2 centimètres. La même distance la séparera des bords de la plaie. Entre les points profonds on passe un ou deux points superficiels au crin de Florence tout près de ces bords. Les extrémités de chaque fils sont maintenues par des pinces hémostatiques. Avant de les nouer, on écarte ceux du milieu et on retire doucement la compresse. On ramène l'épiploon au-devant des intestins et on lie les fils, les superficiels d'abord, les profonds ensuite. On obtient ainsi un affrontement plus étroit des bords de la plaie. Pour éviter les sillons que laissent sur la peau les points profonds, on les noue sur de petits rouleaux de gaze iodoformée.

Afin de supprimer l'empreinte des fils superficiels et d'obtenir des cicatrices presque invisibles, Kendal Franks a préconisé la suture intra-dermique. Pozzi, qui a adopté la technique de Franks, mais l'a notablement modifiée, expose ainsi la sienne :

« Kendal Franks emploie exclusivement le catgut. Je crois plus sûr de se servir de la soie. Je recommande de se servir d'un fil très fin, enfilé à des aiguilles de Hagedorn, petites et courbes.

« L'angle supérieur de la plaie doit être maintenu fixe et chacune des lèvres est à tour de rôle tendue et un peu renversée à l'aide de deux pinces à disséquer, dont l'une est tenue par le chirurgien et l'autre par son aide.

« L'aiguille pénètre d'abord à 1 centimètre au-dessus de l'angle de la plaie, traverse toute la peau, ressort dans la plaie, entraînant après elle le fil jusqu'au niveau d'un nœud qui y est fait, pour pénétrer dans l'épaisseur d'une des lèvres, où elle suit un trajet intra-dermique de 3 à 4 millimètres. Elle ressort et elle est portée du côté opposé. On pique l'épaisseur de cette seconde lèvre à un niveau qui correspond exactement au point de sortie du fil sur l'autre lèvre. On continue ainsi à traverser alternativement l'épaisseur du derme à droite et à gauche, jusqu'à la partie inférieure de la plaie. Le trajet du fil dessine un zigzag qui rappelle celui d'un lacet de corset, les œillets étant ici représentés par les trajets intra-dermiques. Quand on est arrivé à la partie inférieure de la plaie, on fait ressortir l'aiguille à 1 centimètre au-dessous de cet angle, en traversant l'épaisseur de la peau (fig. 84).

« Il ne reste plus qu'à resserrer de haut en bas la suture, en tirant successivement avec un crochet sur chacune des anses du surjet, à moins qu'on n'ait préféré serrer chaque point à mesure qu'il était placé. Lorsqu'on a achevé cette manœuvre, la plaie est réduite à la ligne d'incision, et le fil est complètement caché, sauf aux deux

extrémités. Il n'est généralement pas utile de placer des points séparés complètement intra ou extra-dermiques, pour éviter la béance ultérieure de la suture. Mais si on le croyait nécessaire, on y aurait recours. On peut faire un nœud sur chacun des chefs du fil au niveau de la peau pour l'empêcher de glisser et de se relâcher.

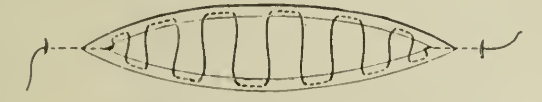


Fig. 84. — Suture intra-dermique.

« Pour enlever le fil de la suture intra-dermique, on attire un peu le chef supérieur de manière à amener à l'extérieur une partie cachée du fil, on sectionne à ce niveau, et on n'a plus qu'à tirer sur le chef inférieur pour enlever facilement la totalité du fil.

« Pendant les huit jours qui suivent, je place parfois une suture sèche avec une bandelette de diachylon, pour soutenir la cicatrice contre tout tiraillement. »

L'occlusion de la plaie abdominale peut encore être pratiquée d'une autre manière, très répandue aujourd'hui. Au lieu de passer des points de suture profonds qui embrassent tous les tissus, le péritoine compris, on fait une suture à étages. On réunit d'abord le péritoine avec une suture continue au catgut (fig. 85 et 86), puis les aponévroses par un second étage de sutures, et ensuite on place une suture profonde à points séparés qui embrasse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Enfin, une suture superficielle affronte les bords de la plaie.

Si le pédicule est fixé en dehors du péritoine, on place les sutures comme nous l'avons déjà indiqué (voir p. 130).

Le pansement est fait avec de la gaze iodoformée qu'on

recouvre d'une épaisse couche de coton hydrophile. Un bandage retient le tout et immobilise l'abdomen. Lorsque, malgré l'hémostase incomplète, on n'a pas fait de drainage, ou bien lorsqu'on craint un suintement de sérosité dans la cavité péritonéale, on fait une compression pro-

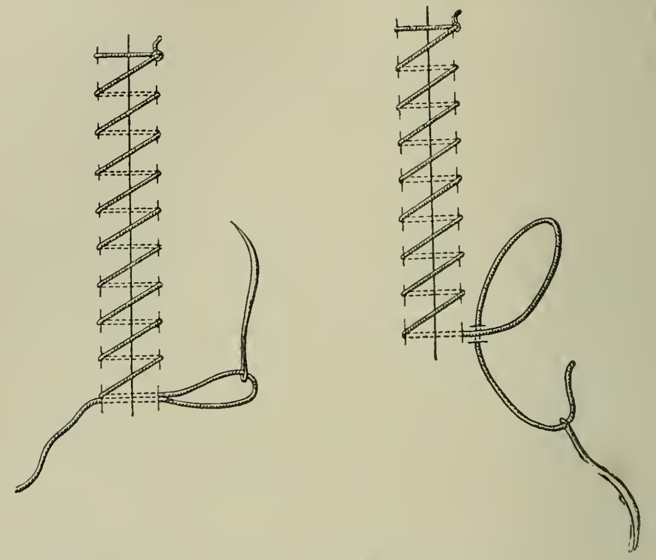


Fig. 85 et 86. — Surget simple. Manières d'arrêter le fil.

longée, ce qui nous a souvent rendu, dans ce dernier cas, de grands services.

Soins consécutifs. — Le traitement des complications qui peuvent survenir après l'ovariotomie, après l'ablation des annexes, sera étudié plus loin.

Nous n'indiquerons ici que quelques règles générales.

Après l'opération, la malade est transportée dans son lit et on la réchauffe à l'aide de bouteilles remplies d'eau chaude. Elle sera étendue sur le dos, la tête basse, les jambes pliées et soutenues par un traversin au niveau des genoux.

Les soins consécutifs seront purement symptomatiques. Le refroidissement des extrémités, le collapsus, seront combattus par des injections d'éther ou bien par des lavements de vin. Les douleurs seront calmées par de petits lavements additionnés de quelques gouttes de laudanum ou par une injection de morphine. Contre les coliques venteuses qu'éprouvent souvent les malades avant la première garde-robe, on se trouvera bien d'une vessie de glace appliquée sur le ventre. L'abstention complète de toute boisson est le meilleur remède contre les vomissements. On pourrait faire respirer à la malade du vinaigre répandu sur un morceau de toile. Ce moyen nous a réussi dans quelques cas. Le premier jour elle ne prendra rien si ce n'est quelques petits morceaux de glace ; le second jour, on lui permettra, toutes les heures ou toutes les demi-heures, une gorgée de champagne, de grog froid ou de lait, si ces boissons ne provoquent pas des vomissements. Les jours suivants, on pourra lui donner du jus de viande, du café au lait, des jaunes d'œufs et plus tard quelques aliments solides : du poulet, de la viande hachée. Le matin du troisième jour on lui administrera un lavement additionné de deux ou trois cuillerées de glycérine.

S'il n'y a pas eu de drainage, on changera le pansement huit jours après l'opération. Les fils seront alors enlevés, l'abdomen lavé au sublimé, et un nouveau pansement semblable sera appliqué. Au bout de quinze jours environ, la malade quittera le lit pour le fauteuil, et quelques jours après elle fera les premiers pas.

XX

LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE

INCISION INGUINO-SOUS-PÉRITONÉALE

Indications. — On peut avoir recours à cette opération dans les cas d'abcès pelvien trop éloigné du vagin pour être atteint par l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur. Elle rend possible l'évacuation de la poche purulente sans faire courir à la malade le danger d'irruption du pus dans le péritoine, et en cela elle est préférable à la laparotomie proprement dite. Par contre, elle a le grand inconvénient de ne pas permettre, si l'on avait affaire à un pyo-salpinx, l'extirpation des parois de la poche, et reste, pour cette raison, très inférieure à la laparotomie transpéritonéale, qui assure une guérison prompte et complète.

L'incision inguino-sous-péritonéale est, en tout cas, le traitement de choix pour les hématocèles pelviennes extra-péritonéales, quand la vie de la malade est menacée par des phénomènes d'inflammation ou de compression. L'hématocèle pelvienne intrapéritonéale est également justiciable de cette opération dans les mêmes circonstances, si elle est trop éloignée du vagin pour être ouverte par cette voie.

Doyen conseille de recourir aussi à la laparotomie sous-péritonéale dans les cas de vastes indurations pelviennes

sous-péritonéales, à évolution subaiguë, sans tendance à la formation d'une collection purulente. Ces indurations pelviennes se traduisent ordinairement par de vives douleurs et altèrent l'état général de la malade.

Technique. — On fait l'incision de la paroi abdominale, de 8 à 10 centimètres environ, parallèlement à la moitié externe de l'arcade crurale et à 1 centimètre au-dessus de celle-ci. On incise le fascia transversalis et on arrive au tissu cellulaire sous-péritonéal. Le péritoine est décollé avec les doigts du fascia iliaca au point de la réflexion de la séreuse sur le ligament de Poupart, et, de proche en proche, on parvient à atteindre la base du ligament large. Les écarteurs découvrent le champ opératoire, isolent le paquet intestinal et retiennent le péritoine soulevé en dedans. Le doigt de l'opérateur explore le fond de la plaie et cherche à découvrir la collection qui se révèle par la sensation de fluctuation qu'elle donne au doigt. La vue est d'un médiocre secours, la partie profonde de la cavité pelvienne étant à une distance de 8 à 10 centimètres de la surface cutanée. La collection est incisée au bistouri, le liquide est évacué et la poche est nettoyée avec des tampons montés sur de longues pinces et lavée à l'eau bouillie. L'intérieur de la poche est lâchement bourré de gaze faiblement iodoformée, qu'on remplace deux ou trois jours après l'opération par deux gros drains, accolés en canon de fusil. Quand l'exploration de la partie la plus déclive de la poche et le toucher vaginal pratiqué en même temps, démontrent que le fond de la poche est séparé par une petite distance du vagin, il sera préférable de faire le drainage par ce conduit. Le point favorable au passage d'un drain à travers le cul-de-sac postérieur étant découvert, on le ponctionne avec un gros trocart et on introduit par l'ouverture un drain en croix. La pince de Wölfler spécialement destinée au passage des

tubes à drainage par transfixation, pourrait remplacer avantageusement le trocart.

Les deux modes de drainage, par la voie vaginale et par l'ouverture de la cavité abdominale, peuvent être combinés dans certains cas de vastes collections pelviennes.

Doyen recommande également l'incision inguino-sous-péritonéale pour obtenir la résorption d'énormes indurations pelviennes. Les masses inflammatoires sont débridées avec les doigts et le fond de la plaie est tamponné avec une compresse de gaze stérilisée, qu'on retire six ou sept jours après l'opération. On obtient ainsi rapidement, paraît-il, la résorption de l'induration, et la plaie se ferme par réunion secondaire, sans suppuration.

XXI

MYOMECTOMIE

ABLATION DES CORPS FIBREUX PÉDICULÉS A ÉVOLUTION ABDOMINALE

Les indications de cette opération sont celles de toute intervention radicale pour les fibromes de l'utérus (voir p. 122).

Technique. — Nous avons déjà indiqué la conduite à tenir quand on rencontre de larges adhérences vasculaires entre la tumeur et les viscères (*Laparotomie*, *Hystérectomie abdominale*). L'ablation de la tumeur même est très facile. Un lien élastique, appliqué aussi bas que possible sur l'utérus, assure l'hémostase provisoire. Si le pédicule était mince, il suffirait, avant de le couper, de le traverser par un fil de soie double et de l'étreindre par un nœud de Lawson-Tait (voir p. 251), ou de lier séparément chaque moitié du pédicule avec l'un des fils après les avoir entre-croisés par un demi-tour.

Si le pédicule est gros, très vasculaire, plusieurs points de suture seront nécessaires pour assurer l'hémostase. Pozzi conseille, dans ces cas, de saisir le pédicule entre les mors des pinces clamps et de le sectionner à un travers de doigt au-dessus d'elles. Si on apercevait la lumière de quelques vaisseaux sur la tranche de section, on les lierait séparément. Les pinces étant ensuite enle-

vées, on passe, dans le sillon qu'elles ont tracé, plusieurs points de suture à la soie, qu'on ne lie qu'après avoir régularisé la surface de section, de manière à adosser exactement les lèvres. Quelques points superficiels assurent encore mieux l'affrontement des bords.

XXII

MYOMOTOMIE VAGINALE PAR MORCELLEMENT

MORCELLEMENT DES CORPS FIBREUX PAR LA VOIE VAGINALE

INDICATIONS. — Le morcellement d'énormes fibromes interstitiels et même sous-péritonéaux de l'utérus par la voie vaginale, respectant l'intégrité des organes génitaux, a été élevé par Péan à la hauteur d'une méthode précise dont tous les temps sont parfaitement réglés.

Nous avons vu le maître extirper, par son procédé, des corps fibreux dépassant le volume de la tête d'un fœtus à terme, et dans un espace de temps variant entre une heure et une heure et demie. Mais, actuellement, on pratique rarement cette opération dans les cas de fibromes de ce volume et on lui préfère l'hystérectomie vaginale, à laquelle, du reste, avait également recours Péan quand les manœuvres opératoires amenaient des délabrements trop considérables de l'utérus. Nous tenons, néanmoins, à en donner la description afin d'indiquer la technique de morcellement de Péan, également applicable à l'hystérectomie vaginale pour fibrome de l'utérus. En effet, dans cette dernière opération, pour arriver à basculer le corps utérin, on évide ses parois et les fibromes qu'il contient par le procédé de morcellement que nous allons indiquer. Du reste, la myomotomie vaginale de Péan pourra tou-

jours être tentée dans les cas de fibromes même volumineux, mais bien encapsulés, bien isolés du tissu utérin, chez les femmes jeunes, éloignées de la ménopause.

Technique. — Les préparatifs sont ceux de toute hystérectomie vaginale. Péan plaçait ses malades dans le décubitus latéral gauche, jambe droite fléchie et soutenue par un aide. La position dorso-sacrée est généralement adoptée par d'autres chirurgiens. On incise circulairement le col comme dans l'hystérectomie vaginale et on le libère, aussi haut qu'il est nécessaire, sur ses deux faces. Si la tranche vaginale saigne beaucoup, on met quelques pinces sur les vaisseaux qui donnent. Le col est divisé, avec de forts ciseaux, en deux valves, antérieure et postérieure, qu'on tient par des pinces à griffes. Les écarteurs introduits dans le vagin et dans l'utérus découvrent le champ opératoire aussi largement que possible. Le doigt explore la cavité utérine et précise le siège de la tumeur. On la saisit et on l'abaisse fortement avec une pince de Museux. A l'aide d'un long bistouri, on pratique, dans son épaisseur, une incision profonde, parallèlement à son axe. Une pince hémostatique dentée, à mors longs, est placée aussi haut que possible, à la base de chaque lèvre de l'incision, ou au moins à l'une de ces lèvres, et le segment situé au-dessous de la pince est excisé avec des ciseaux courbes à longs manches. Avant de le détacher complètement, une pince de Museux saisit la partie du fibrome située au-dessus, et les mêmes manœuvres sont répétées : la division en deux lèvres de la portion du corps fibreux abaissé, l'excision de deux ou de l'une de ces lèvres après l'application à leur base d'une pince hémostatique à mors longs. Quand le fibrome ne saigne pas, il est inutile d'appliquer une pince hémostatique à la base de chaque valve et on procède rapidement à l'évidement de la tumeur.

Les petits fibromes secondaires seront énucléés à l'aide des doigts ou d'un crochet.

Lorsqu'on a ainsi évidé une portion plus ou moins considérable du corps fibreux, on essaye de décortiquer la portion supérieure par quelques tractions aidées de quelques mouvements de rotation. On arrive souvent, par ces manœuvres, à énucléer une masse considérable et à abréger ainsi la durée de l'intervention. On se rend compte que la tumeur est complètement énucléée lorsque la partie enlevée présente une surface lisse, convexe, plus rouge que les fragments morcelés. Péan ne craignait pas de produire, par la traction sur les dernières parties du corps fibreux, l'inversion de l'utérus, qu'il mettait à profit pour la dissection totale et l'application des pinces. L'inversion était réduite à la fin de l'opération. Néanmoins l'inversion de l'utérus n'est qu'un accident et nullement un temps opératoire.

La présence d'autres fibromes derrière ceux qu'on vient d'extirper peut nécessiter un débridement plus large de l'utérus et la résection transversale des lèvres du col, pour arriver plus facilement à saisir, à morceler et à énucléer ces fibromes.

Pendant toute la durée de l'opération on se sert de tampons montés sur de longues pinces pour essuyer le champ opératoire et découvrir, au fur et à mesure, les points des parois utérines qui saignent. Ces points sont saisis par des pinces longuettes dont quelques-unes sont laissées à demeure. Après le morcellement de très gros fibromes, on est parfois obligé de laisser jusqu'à quinze à vingt pinces.

Le doigt ayant exploré, à nouveau, la cavité utérine pour se rendre compte que tout a été enlevé, qu'il ne reste aucune tumeur, si petite qu'elle soit, on procède à la toilette du champ opératoire. On enlève soigneusement, avec des tampons, tous les caillots, et on irrigue

la cavité utérine avec une solution faible d'acide phénique. Des mèches de gaze iodoformée sont introduites, entre les pinces hémostatiques. Les lèvres du col ne sont suturées que si la loge qui contenait le myome est de petite dimension et lorsque l'hémorragie n'est pas à redouter.

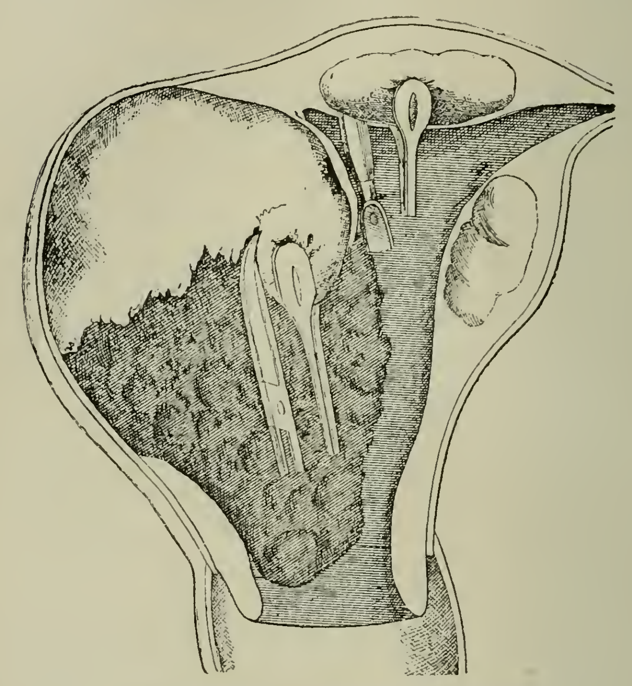


Fig. 87. — Myomotomie vaginale par morcellement (Péan).

Les pinces à demeure sont enlevées au bout de trente-six ou quarante-huit heures. Le seigle ergoté sera administré à la malade les premiers jours qui suivent l'opération afin de provoquer les contractions utérines.

Les accidents septiques, s'ils se produisaient, seront traités par des irrigations avec la solution de sublimé à 1/2000 (fig. 87).

XXIII

OOPHORO-SALPINGOTOMIE ABDOMINALE

ABLATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Castration (Hégar). *Ovariotomie normale* (Battey).

Dans le but d'éviter la confusion, Pozzi propose de « réserver le mot castration exclusivement à l'ablation des ovaires sains ou supposés sains, faite en vue d'une modification fonctionnelle ; le nom de salpingo-oophorectomie (Lawson-Tait) désignerait l'extirpation des annexes enflammées ». Hégar, au contraire, « applique ce mot « castration » à l'ablation de tout ovaire sain ou malade ne formant pas une notable tumeur ». Nous croyons que la nomenclature de Pozzi est bien loin de dissiper le malentendu. Et si le terme oophoro-salpingotomie est très heureux, le mot castration pour des ovaires sains ou *supposés sains* continuerait à prêter à la confusion. Du reste, la « castration » est devenue un terme impropre, puisqu'il est de règle à présent d'enlever les trompes de Fallope en même temps que les ovaires. Nous proposons donc de substituer au mot castration celui d'oophoro-salpingotomie dans tous les cas où l'on pratique l'ablation des annexes, qu'elles soient saines ou atteintes de lésions inflammatoires. Le manuel opératoire est, du reste, à peu près le même dans les deux cas, il peut seulement présenter plus ou moins de difficultés suivant l'opération. Le

mot « ovariotomie » continuera à être réservé à l'ablation des tumeurs solides ou liquides de l'ovaire.

Indications. — Kœberlé enleva, en 1869, un ovaire sain au cours d'une hystéropexie abdominale, mais c'est Hegar qui, en 1872, a fait, le premier, de propos délibéré, l'ablation des annexes supposées saines, pour une *dysménorrhée* et névralgie de l'ovaire. Les deux ovaires, du reste, furent trouvés atteints de dégénérescence du stroma et de nombreux petits kystes folliculaires. Actuellement, peu de chirurgiens se décident à priver les malades de leurs ovaires sains (opération de Battey) dans les cas de dysménorrhée douloureuse accompagnée de troubles nerveux. Cette opération, au contraire, trouve beaucoup de partisans lorsqu'il s'agit de certains *fibromes de l'utérus* donnant lieu à des hémorragies incoercibles. Les indications de l'ablation des ovaires sont, toutefois, bien obscures dans ces cas. Les hystérectomies vaginale ou abdominale — cure radicale des corps fibreux — seront toujours préférées pour peu que l'opération paraisse possible et pourvu que la malade ne soit pas dans un état d'anémie inquiétant.

A notre avis, il est rare que l'on puisse décider avant l'ouverture abdominale si l'extirpation de la tumeur est impossible. Si, après avoir pratiqué la laparotomie exploratrice, on reconnaît l'impossibilité de l'opération radicale, et si les hémorragies par leur intensité menaçaient la vie de la malade, on pratiquerait l'ablation des ovaires.

Il ne faut pas non plus oublier que si cette dernière opération a donné quelques bons résultats, elle a parfois occasionné des accidents graves provoqués par des troubles de nutrition du corps fibreux. Quelquefois la tumeur, qui pendant plusieurs mois était en voie de régression et n'occasionnait plus aucune hémorragie, augmente de

nouveau de volume, devient molle, farcie de kystes et peut même se mortifier.

L'absence congénitale de la matrice, les différentes variétés de l'utérus rudimentaire, coïncidant avec des ovaires bien développés, peuvent légitimer l'extirpation de ces organes, si l'ovulation donne lieu à des douleurs dysménorrhéiques très intenses, à des troubles nerveux ou bien à des phénomènes congestifs du côté d'autres organes.

Tuffier, Martin, Savage, Péaslee, Langenbeck, ont obtenu ainsi de bons résultats.

Mais où l'oophoro-salpingotomie trouve une indication toute naturelle, c'est dans les cas de *lésions inflammatoires des trompes et des ovaires*. On hâtera surtout l'intervention si les symptômes dénotent la présence d'une salpingite ou d'une ovarite purulentes. On sera plus circonspect dans les cas d'inflammation chronique non suppurée, et l'opération ne sera justifiée qu'après un traitement médical prolongé resté sans résultat.

Ce traitement est ordinairement inutile pour les *ovarites scléro-kystiques*, qui provoquent des douleurs intolérables, des accidents nerveux et des troubles de la menstruation. Seule, l'ablation des annexes met un terme aux souffrances de la malade.

L'ablation des annexes pour *pyo-salpinx* est, certes, une intervention dangereuse, elle l'est pourtant moins, ordinairement, que l'expectation. La présence d'une salpingite purulente enkystée fait naître des troubles graves et constitue une menace constante à la vie de la malade. L'opération, du reste, est moins grave qu'on ne serait tenté de le croire. Il est vrai que les parois de la poche sont parfois très minces à certains points et qu'on crève le sac malgré toutes les précautions prises pour éviter cet accident.

Mais alors même que le pus fétide se répand dans la

cavité abdominale, la péritonite septique ne s'ensuit pas nécessairement. Le lavage du péritoine, le drainage nous fournissent des moyens de lutter contre l'infection qu'on doit, néanmoins, éviter avec un soin tout particulier. On fera de même pour les *hydro-salpinx*, dont le contenu est parfois, quoique rarement, infectieux. On sectionnera toujours l'oviducte tout près de l'utérus entre deux ligatures.

Nous aurons, d'ailleurs, à revenir là-dessus. Ajoutons qu'en général toute affection des annexes qui constitue un danger pour la vie de la malade ou provoque des souffrances qui lui rendent la vie intolérable, est justiciable de l'oophoro-salpingotomie lorsque l'affection n'a cédé à aucun autre traitement suffisamment prolongé. Nous avons indiqué ailleurs (voyez p. 162) dans quels cas l'hystérectomie vaginale est préférable à l'ablation des annexes par la voie abdominale.

Technique. — Le moment le plus propice pour pratiquer l'opération est la première semaine qui suit la menstruation. Si quelque circonstance secondaire militait en faveur d'une autre époque, on interviendrait au moins huit jours avant l'apparition des prochaines règles. Nous avons décrit ailleurs les soins à donner à la malade avant l'opération (voyez *Laparotomie*).

Le chirurgien veillera avec un soin particulier à l'asepsie de tous les objets et de toutes les personnes qui doivent se trouver en contact avec le champ opératoire. Une bonne précaution consiste à contrôler soi-même la stérilisation des instruments et la confection des compresses, des fils et de toutes les pièces de pansement.

Dans la chirurgie abdominale, on doit encore se rappeler que si l'on doit faire un usage abondant des antiseptiques avant l'ouverture de la cavité péritonéale, on doit, au contraire, les employer très modérément après l'incision des parois abdominales.

L'antisepsie cédera alors le pas à l'asepsie. L'eau filtrée bouillie et stérilisée pure ou additionnée de 7/1000 de chlorure de sodium remplacera l'acide phénique et le sublimé.

En dehors des cas de mort par empoisonnement dus à l'acide phénique qui ont été signalés après certaines laparotomies, il est à remarquer que les fortes solutions antiseptiques altèrent profondément la séreuse, ce qui peut occasionner des accidents fort graves. On n'oubliera donc pas, entre autres précautions, de faire laver, avant l'opération, dans l'eau bouillie et stérilisée, les compresses qu'on emploie actuellement à la place d'éponges, et qu'on conserve ordinairement dans la solution de sublimé. Ces compresses ainsi que les pinces hémostatiques seront comptées avant et après l'opération, pour être certain qu'aucune d'elles n'a été oubliée dans le ventre.

Enfin tout étant prêt, la malade sondée, la région opératoire rigoureusement antiseptisée, on pratique l'ouverture de la cavité abdominale d'après les règles que nous avons données (*laparotomie*).

Ouverture de l'abdomen. — Quand on a tout lieu de supposer l'absence d'adhérences, on peut se contenter d'une incision sur la ligne médiane de 6 à 8 centimètres de longueur et distantes de 2 à 3 centimètres du bord supérieur de la symphyse pubienne. On incise rapidement la peau et le tissu graisseux sous-cutané et on place quelques pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui donnent. On recherchera ensuite la ligne blanche et on l'incisera ainsi que le tissu graisseux pré-péritonéal. Le péritoine est alors ouvert avec les précautions que nous avons indiquées, et une ou deux compresses montées sont introduites dans l'abdomen pour éloigner les viscères.

Hegar conseille d'avoir recours à l'incision latérale de Flanken. dans les cas, en vérité exceptionnels, où les

ovaires adhèrent fortement aux parois latérales du bassin, mais ne sont que peu adhérents à l'utérus. On arrive ainsi plus rapidement sur l'ovaire, mais on est obligé de faire deux incisions lorsqu'on désire pratiquer l'ablation bilatérale des annexes (fig. 88).

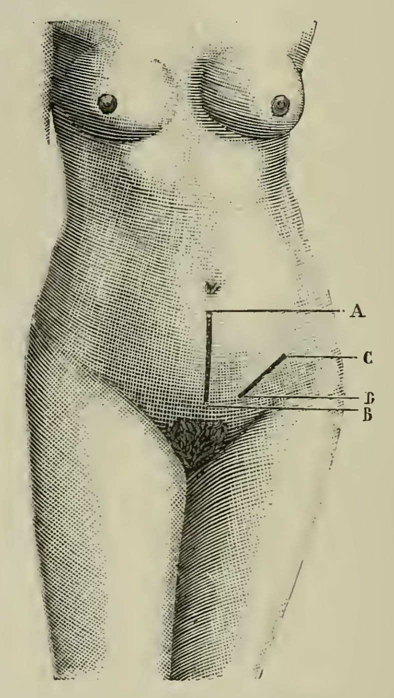


Fig. 88. — Oophoro-salpingotomie abdominale.
A, B, incision médiane ; C, D, incision latérale de Flanken.

L'incision commence à 3 centimètres du bord supérieur du pubis et à 5 centimètres de la ligne médiane. Elle est dirigée vers l'épine iliaque antérieure et supérieure parallèlement au ligament de Poupart. On divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, les fibres du petit oblique et du transverse, et enfin le tissu cellulaire pré-péritonéal. Le péri-

toine est ouvert comme d'habitude en pratiquant d'abord une petite ouverture qu'on agrandit ensuite avec un bistouri boutonné ou avec des ciseaux coudés conduits sur un doigt ou sur une sonde cannelée.

Recherche de l'ovaire. — Les intestins et l'épiploon repoussés en haut à l'aide de compresses, on va à la recherche de l'ovaire en suivant les cornes de l'utérus. On l'accroche avec deux doigts et on le ramène au milieu de la plaie. Ce temps, très facile quand les ovaires sont libres, offre les plus grandes difficultés lorsqu'on rencontre de nombreuses adhérences solides qui emprisonnent plus ou moins l'ovaire (voyez *Laparotomie*). Même en dehors de ces conditions défavorables, il peut parfois être utile, quand les ovaires sont situés très profondément, de se servir du moyen proposé par Alberts et qui consiste à rendre les annexes plus accessibles par le tamponnement du vagin et du rectum. La technique de Hegar nous semble, pourtant, préférable. Cet auteur fait soulever par le doigt d'un aide, introduit dans le vagin, l'utérus et surtout le ligament large correspondant aux annexes qu'on cherche à atteindre.

Ligature du pédicule. — Une fois l'ovaire hors de la cavité péritonéale, l'aide rapproche au-dessous de lui les lèvres de la plaie. L'opérateur, après un rapide examen de l'organe, le confie à l'assistant qui le retient avec les doigts. On peut également passer, au-dessous de l'ovaire et du pavillon de la trompe, une pince hémostatique à mors long et courbe. On tâchera toujours de placer la pince de façon à étreindre une grande partie de la trompe (fig. 89). Dans les deux cas, que l'aide retienne les annexes avec les doigts ou avec une pince, on passe avec une aiguille mousse de Deschamps, à travers l'aileron de l'ovaire et de la trompe, un fil double de soie dont la grosseur sera en

rapport avec l'épaisseur du pédicule. Ce dernier est ensuite lié par le nœud de Bartock (fig. 90) ou mieux par celui de Lawson-Tait (fig. 91), qui est très expéditif, permet

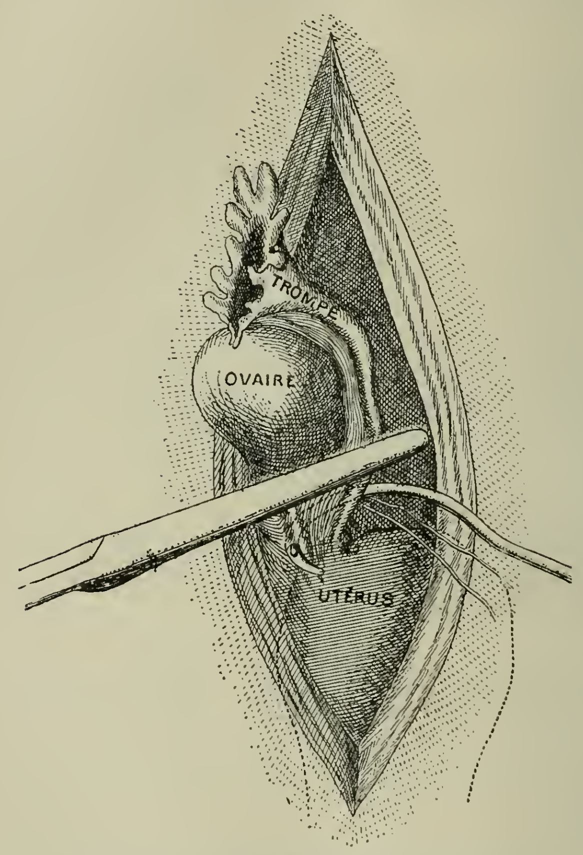


Fig. 89. — Oophoro-salpingotomie abdominale.
Ovaires et trompes chargés sur une pince-clamp (Auvard).

d'employer une grande force constrictive, et évite la présence de deux nœuds dans la cavité péritonéale.

Son inventeur le décrit ainsi : « On passe d'avant en arrière, à travers le pédicule, une aiguille à manche

ordinaire armée d'un long bout de soie, puis on la retire en laissant une anse en arrière. On fait alors glisser cette anse, après l'avoir tirée, au-dessus de l'ovaire, et

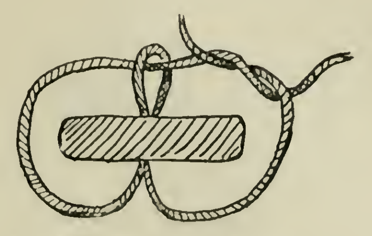


Fig. 90. — Nœud de Bantock.

l'une de ses extrémités libres est passée à travers elle, de façon à ce qu'une extrémité se trouve au-dessus et l'autre au-dessous de l'anse. On saisit ensuite les deux extrémités de la main droite et on tire, après avoir appli-

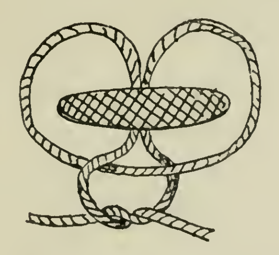


Fig. 91. — Nœud de Lawson-Tait.

qué le pouce et l'index de la main gauche contre le pédicule, de façon à faire une contre-pression, jusqu'à ce que la constriction soit complète. On fait alors un nœud simple, comme sur la figure, et on le serre ; puis on en fait un autre comme lorsqu'on noue une ligature ordinaire. »

On peut également, après avoir passé le fil double de soie, couper l'anse de manière à avoir deux chefs. On les croise ensuite par un demi-tour et on les noue à droite

et à gauche (fig. 92). Hegar se contente d'une simple ligature en masse lorsque le segment du ligament large

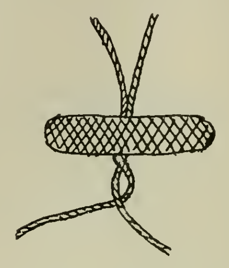


Fig. 92. — Croisement des deux chefs du fil après la transfiction du pédicule.

qu'on lie est assez long et extensible (fig. 93) ; dans le cas contraire il fait une ligature double qu'il passe au-dessus d'une ligature en masse. Quand le pédicule est large, induré, une ligature simple ou même double n'est plus suffisante. On est obligé de faire, dans ces cas, pour as-

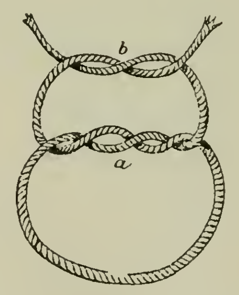


Fig. 93. — Nœud du chirurgien.

surer l'hémostase, une série de ligatures s'enchaînant mutuellement (fig. 94). Dans tous les cas il faut serrer très fortement quand on fait le nœud, pour éviter que les fils à ligature ne glissent, et on s'assurera toujours auparavant qu'aucun appendice épiploïque, ni bride d'adhérence n'ont été saisis.

Lawson-Tait, après avoir lié le pédicule, le sectionne d'arrière en avant à environ un centimètre de la ligature. Il le rentre ensuite sans lui faire subir aucun autre traite-

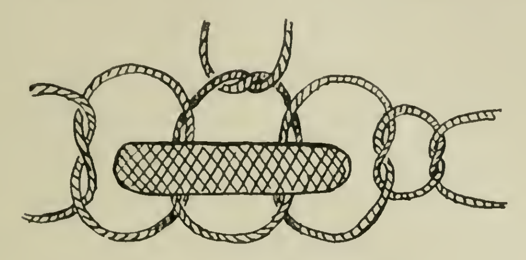


Fig. 94. — Ligature en chaîne.

ment. Quelques chirurgiens touchent la surface de section avec une solution forte d'acide phénique, mais la pratique universellement adoptée à présent est celle de Hegar qui cautérise la surface de section à l'aide du thermocautère. Ce procédé assure, non seulement la désinfection plus complète du pédicule, mais permet encore de détruire les débris du tissu ovarien qui ont pu échapper à la ligature. La cautérisation ignée rend en même temps l'hémostase plus certaine.

Le Dr Keith, à l'exemple de Backer-Brown, n'applique même pas de ligatures sur le pédicule et se contente de le cautériser fortement. Cet auteur, après avoir sectionné le pédicule, fixe sur lui le clamp-cautère de Backer-Brown et le visse très légèrement. Il brûle ensuite complètement le pédicule, au-dessus du clamp, à l'aide d'un cautère chauffé au rouge sombre. Si, le clamp enlevé, il se produit un suintement sanguin, il le réapplique et cautérise plus fortement la tranche de section. Cette manière de traiter le pédicule ne s'est pas répandue, malgré l'avantage qu'elle offre de ne laisser dans la cavité abdominale aucun corps étranger. On craint, non sans raison, que les mouvements de toux ou les vomissements n'occasionnent, après l'opération, une hémorragie secondaire.

A l'exemple de Hegar, on applique au-dessus de la ligature une pince munie d'une plaque isolante d'ivoire et on sectionne le pédicule à l'aide du thermocautère. Il est encore plus simple de sectionner, avec les ciseaux, le pédicule au-dessus d'une pince courbe ordinaire et de cautériser ensuite la surface de section en protégeant les tissus sous-jacents avec une compresse humide. On examine encore une fois le moignon pour s'assurer qu'aucun vaisseau ne donne, on coupe les chefs des ligatures et on réduit le pédicule.

Le second ovaire est alors attiré dans la plaie abdominale, et, si son ablation est jugée nécessaire, on procède de la même façon.

Il arrive parfois, dans des cas, heureusement rares, qu'il est tout à fait impossible d'obtenir un pédicule, les ligaments larges étant très indurés; on pourrait, dans ce cas, si on ne veut pas abandonner l'opération, passer les fils à travers les tissus de manière à limiter un espace en forme de triangle et d'exciser ensuite tous les tissus situés entre les fils et l'ovaire.

On éprouve souvent aussi de grandes difficultés lorsqu'on veut faire l'ablation des annexes pour parer aux accidents hémorragiques provoqués par un fibrome utérin qu'on ne juge pas possible d'enlever. L'ovaire contracte ordinairement des adhérences très étroites avec le corps fibreux et repose immédiatement sur lui. Il est quelquefois porté sur les parties latérales de la tumeur, ou repoussé en arrière ou bien en bas. On peut alors se trouver bien embarrassé pour le retrouver; on se gardera pourtant, dans le désir de l'atteindre plus facilement, d'attirer au dehors le fibrome. Cette manœuvre occasionnerait une violente congestion de la tumeur, une augmentation subite de son volume et on se verrait obligé d'agrandir notablement la plaie abdominale pour réintroduire la tumeur. Si l'ovaire est situé très profon-

dément, on peut le rendre plus accessible en faisant soulever le fibrome avec les doigts, qu'un aide introduit dans le vagin. On essaiera également, pour l'atteindre, d'imprimer à la tumeur un léger mouvement de rotation sur son axe. Enfin on pourrait agrandir la plaie, ou même faire une entaille sur le muscle droit. L'ablation des ovaires peut donner lieu, dans les cas de fibrome, à de fortes hémorragies et il faut être toujours prêt à faire, le cas échéant, l'amputation de l'utérus.

Si le méso-ovarium est très court et les feuillets du ligament large dissociés, on appliquera de nombreuses ligatures et il serait même préférable de suturer les lèvres de la surface excisée.

Lorsque l'oophoro-salpingotomie est faite pour un pyo-salpinx ou même pour un hydro-salpinx, on redoublera de précautions pour ne pas crever la poche. En effet, on ne peut exclure d'avance avec certitude le caractère infectieux d'un hydro-salpinx et il sera toujours prudent de sectionner la trompe très près de l'utérus entre deux ligatures. Si les parois de la poche étaient très minces sur certains points et si les adhérences nécessitaient des manœuvres laborieuses, il serait utile d'aspirer le contenu de la poche avec l'appareil de Dieulafoy. La petite ouverture serait ensuite obturée avec une ou deux pinces hémostatiques.

Quelques chirurgiens, Martin, Zweifel, Gusserow, etc., dans le désir de respecter la vie génitale de la malade, se contentent de *résections partielles de l'ovaire* toutes les fois que, la trompe étant saine, on trouve une portion de l'ovaire indemne. Certaines lésions de l'ovaire, l'ovarite scléro-kystique en particulier, sont des affections initiales de cet organe et peuvent coexister avec des trompes nullement ou peu enflammées. On résèque alors en forme de cône la portion de l'ovaire malade et on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture au catgut.

Dans les cas de dégénérescence micro-kystique de l'ovaire, ou d'ovarite diffuse œdémateuse, Pozzi préfère avoir recours à l'*ignipuncture*, réservant la résection partielle au gros kyste folliculaire et aux kystes du corps jaune. La pointe du thermocautère est enfoncée au niveau de chaque petit kyste et brûle toute la surface interne.

Toilette du péritoine. — Les pédicules liés, cautérisés et réduits, on procède à la toilette du péritoine avec des compresses éponges bien exprimées. Elle sera faite très rapidement dans les cas simples lorsqu'il y a peu ou pas d'adhérences. On redoublera de soins si l'opération a été laborieuse, si une quantité notable de sang s'est épanchée dans la cavité péritonéale. Le lavage et le drainage du péritoine pourront même être indiqués dans certaines circonstances que nous avons étudiées (*laparatomie*).

Pansement. — Le péritoine bien asséché, débarrassé de tous caillots, on ferme la plaie abdominale d'après un des procédés que nous avons décrits en détail. (Voyez p. 229.) Le pansement est fait avec de la gaze iodoformée qu'on recouvre d'une épaisse couche d'ouate hydrophile. Le tout sera retenu par un bandage qu'on serrera assez fortement les premières heures après l'opération, mais, s'il n'y a pas lieu de craindre un suintement de sang ou de sérosité, on diminuera la pression par quelques entailles faites au bandage le soir même de l'opération ou le lendemain matin.

Soins consécutifs. Accidents. — Nous n'avons pas à revenir ici sur les soins habituels que réclame la malade après toute laparotomie (voyez p. 232). Nous ne nous occuperons que des quelques accidents qui peuvent se produire après l'oophoro-salpingotomie, ainsi qu'après l'ovariotomie.

Il survient parfois après l'opération des *métrorragies* qui prennent rarement une allure inquiétante. On aura recours dans ce dernier cas aux injections vaginales très chaudes ou aux injections hypodermiques d'ergotine.

Un accident redoutable qui se produit parfois après l'ablation des annexes, comme du reste après toute laparotomie, est l'*obstruction intestinale* occasionnée par une sorte de paralysie des intestins. La cause en reste obscure. On a accusé le pédicule, qui aurait contracté des adhérences avec les intestins, une ligature qui aurait saisi un appendice épiploïque... Nous avons indiqué la conduite à tenir dans ces cas, en parlant d'un accident semblable qui se produit quelquefois après l'hystérectomie vaginale. On essaiera des lavements ordinaires, des lavements électriques, et, en dernier lieu, on aura recours à une nouvelle laparotomie par laquelle, malheureusement, on réussit bien rarement à sauver la malade.

Si le deuxième ou plutôt le troisième jour, il se produisait du ballonnement du ventre, si en même temps les vomissements au lieu de se calmer, devenaient de plus en plus persistants, prenaient une couleur verdâtre, puis porracée, on aurait tout lieu de redouter une *péritonite septique* et une issue fatale à bref délai. La fréquence du pouls mieux encore que la température confirmera le diagnostic alarmant.

On pourra essayer, dans ce cas, en plus des moyens habituels, les injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique de Marmorek, qui a donné un bon résultat à Pozzi, dans un cas de septicémie péritonéale, consécutif à une hystérectomie vaginale.

Hegar conseille, sans grand espoir de succès, du reste, de pratiquer la réouverture de la plaie abdominale et d'établir le drainage si on ne l'a pas fait avant.

Au contraire, dans les cas d'*hémorragie interne* constatée peu après l'opération, une nouvelle laparotomie

peut donner d'excellents résultats et doit être faite sans retard.

Les *abcès superficiels* au niveau des sutures qu'on remarque parfois à la suite d'une asepsie insuffisante peuvent faire manquer, sur une certaine étendue, la réunion par première intention. On réouvrira alors légèrement la plaie avec une sonde cannelée et on assurera l'issue facile du pus à l'aide de deux petits drains.

Un accident beaucoup plus sérieux est la *désunion des bords de la plaie* sur une plus ou moins grande étendue, et l'issue des intestins en dehors de la cavité abdominale. Cet accident paraît devoir être attribué plutôt à l'inflammation d'origine infectieuse des bords de la plaie qu'aux efforts de toux ou de vomissements. On réduira les intestins après un léger nettoyage, et, s'il est nécessaire, on diminuera leur volume à l'aide d'une ponction. La suture sera consolidée par l'application de quelques bandes de diachylon.

XXIV

OOPHORO-SALPINGOTOMIE VAGINALE

CASTRATION VAGINALE

Indications. — L'ablation des annexes par le vagin a des indications très restreintes. Les partisans de cette opération insistent sur les avantages qu'offre la voie vaginale pour assurer un écoulement facile des liquides sécrétés, sur la possibilité d'exécuter l'extirpation des annexes sans presque toucher aux viscères abdominaux. Enfin ils font observer qu'on évite ainsi une cicatrice abdominale qui répugne à beaucoup de malades.

Ces avantages ne contre-balancent, pourtant, nullement les grands inconvénients de l'incision vaginale.

Les ovaires ne sont pas toujours accessibles par le cul-de-sac postérieur du vagin et sont même parfois, comme dans les cas de fibromes utérins, portés très haut au-dessus du détroit supérieur.

L'opération est faite un peu en aveugle, sans le secours de la vue, et, si on se trouve aux prises avec des difficultés créées par une hémorragie ou par des adhérences résistantes, on n'a pas la ressource précieuse d'agrandir l'incision. On n'aura donc recours à la voie vaginale que si les ovaires sont franchement prolabés dans le cul-de-sac postérieur, ce qui permet de les atteindre très facilement.

Technique. — Les préparatifs ordinaires de toute laparotomie seront complétés par l'antisepsie rigoureuse du vagin. Battey place d'abord les malades dans le décubitus latéro-abdominal, mais il est préférable, à l'exemple de Goodell, de les mettre dès le commencement dans la position dorso-sacrée.

Le périnée est déprimé par une large valve. Le col, saisi par une pince de Museux, est fortement relevé en avant, et, à l'aide d'un bistouri, on trace une incision transversale de 4 centimètres de longueur dans le cul-de-sac postérieur, le plus près possible de l'utérus.

On assure l'hémostase de la tranche vaginale par quelques pinces qu'on applique sur les vaisseaux qui saignent et on incise le péritoine. Un aide alors repousse fortement en bas l'utérus en pressant sur les parois abdominales, pendant que l'opérateur cherche, avec l'index et le médius de la main droite, introduits dans la plaie, à retrouver et à saisir les annexes. L'ovaire et la trompe accrochés, on les attire dans le vagin, on passe un fil double de soie à travers le hile et on applique le nœud de Lawson-Tait. La tranche de section du pédicule est cautérisée avec le thermocautère, les chefs du fil sont coupés courts et le moignon réduit dans la cavité abdominale.

Les annexes de l'autre côté sont attirées à leur tour, et, s'il est nécessaire, subissent le même traitement. Enfin on fermera la plaie par quelques points de suture au catgut, si au cours de l'opération on n'a pas été obligé de rompre plusieurs adhérences et si on n'a pas à craindre un suintement de sérosité ou de sang. Dans le cas contraire on drainera le cul-de-sac de Douglas à l'aide d'un double drain en croix.

XXV

OVARIOTOMIE ABDOMINALE

Lawson-Tait attribue la première ovariotomie à Robert Houston qui la pratiqua en 1701. Pourtant la relation que le chirurgien de Glasgow en a donnée lui-même démontre bien qu'il a été amené à la faire tout à fait par hasard en voulant ponctionner un kyste. C'est au cours même de l'intervention qu'il dut, à contre-cœur, du reste, élargir de plus en plus son incision et finalement extraire la tumeur. On ne peut donc pas contester à Ephraïm Mac Dowel, de Virginie, le nom de père de l'ovariotomie que les médecins américains lui ont décerné. En effet, Mac Dowell a exécuté en 1809, de propos délibéré, la première ovariotomie, d'après une technique bien arrêtée d'avance.

En France, la première extirpation d'une tumeur ovarienne fut faite par Woyerkowsky en 1844, mais c'est surtout aux éclatants succès de Péan qu'on en doit la vulgarisation.

Indications. — Les indications de cette opération se résument en somme à constater une tumeur de l'ovaire. En effet, tous les auteurs sont d'avis qu'en dehors de l'intervention radicale qui consiste à enlever la tumeur, aucun traitement ne réussit. Spencer Wells, qui a une autorité incontestable dans cette matière, s'exprime ainsi :

« Il est absolument superflu d'essayer par l'iode, le brome, la chaux, par l'air ou par tout autre remède, de diminuer le volume de la tumeur ou d'arrêter son développement. Tout cela est absolument inutile et pourrait être très nuisible à la malade. » Simpson n'est pas moins affirmatif lorsqu'il déclare qu'il ne croit en aucune façon que l'iode, le mercure, la potasse caustique, les diurétiques ou les désobstruants fussent capables d'absorber et de faire disparaître les éléments compliqués d'une tumeur kystique de l'ovaire.

Hegar exprime le même avis. Matthews Duncan est encore plus catégorique en disant que « les guérisons au moyen d'une ou plusieurs ponctions, les guérisons par médicaments, par rupture spontanée, par développement d'une grossesse, ont été, sinon simplement de grosses erreurs, du moins presque certainement des guérisons de kystes parovariens ».

Ces kystes hyalins ont parfois réellement disparu après une ponction, mais, si on songeait au danger que court alors la malade, surtout lorsque, au lieu de tomber sur un kyste parovarien, on ponctionne un kyste papillaire, on préférerait toujours pratiquer de suite l'ovariotomie, si bénigne dans ces cas.

Lawson-Tait affirme, avec raison, que si les tumeurs ovariennes et parovariennes n'étaient jamais ponctionnées, mais étaient enlevées au début de leur développement, l'opération n'occasionnerait qu'une mortalité *accidentelle*.

On n'insistera jamais assez sur les méfaits des ponctions que certains médecins pratiquent si souvent de cœur léger. Comme moyen de diagnostic, la ponction est très infidèle, et comme moyen thérapeutique, elle est souvent néfaste. Non seulement elle crée des difficultés pour une intervention radicale ultérieure, mais elle occasionne parfois la suppuration de la tumeur, la péritonite et peut provoquer dans le kyste des hémorragies rapidement

mortelles. Witschire et Watson ne sont parvenus à sauver des malades après un accident semblable que par une intervention radicale promptement exécutée. Lawson-Tait est loin d'exagérer lorsqu'il déclare que nous pouvons obtenir aujourd'hui 95 et que nous pourrions arriver à 99 p. 100 de guérisons, si nous n'avions affaire à des cas ponctionnés et tardifs.

Ici nous touchons à la question de savoir à quel moment on doit intervenir. L'opinion générale est qu'il faut opérer de bonne heure, dès que la tumeur est reconnue. Son existence est une menace constante pour la vie de la malade. En dehors de l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur l'état général, elle peut provoquer l'oblitération des intestins, l'urémie par la compression de la vessie et la péritonite aiguë.

Enfin on observe parfois la suppuration de la tumeur, une hémorragie interne, la torsion du pédicule, tous accidents qui entraînent infailliblement la mort si une intervention chirurgicale ne vient sauver la malade.

L'âge, en dehors, bien entendu, d'un affaiblissement sénile très prononcé, ne constitue nullement une contre-indication, puisqu'on connaît les succès obtenus par Spencer Wells, Josephson, Terrier, Owen, chez des femmes âgées de soixante-quinze, soixante-seize, soixante-dix-sept et quatre-vingts ans. Homans a enlevé avec succès un kyste multiloculaire pesant 13 livres à une femme de quatre-vingt-deux ans et quatre mois. D'un autre côté, nombreuses sont les ovariotomies faites à des enfants en bas âge avec des résultats très heureux. Tel est le cas de Sant'Anna qui a enlevé un kyste dermoïde à une enfant d'un an.

Les tumeurs malignes de l'ovaire ne doivent pas non plus désarmer le chirurgien pourvu qu'elles aient conservé une certaine mobilité. Les cas de Cohn, de Freund, de Runge ne peuvent qu'encourager l'opérateur.

Quant aux kystes papillaires, pour lesquels on hésite souvent à intervenir, il faut se souvenir du beau succès obtenu par Pozzi, dont la malade jouit encore d'une santé parfaite dix-huit ans après l'opération. Thornton cite un cas datant de cinq ans, Schrœder de deux ans et demi, Léopold de deux ans. On ne doit donc pas abandonner de parti pris ces malades à une mort certaine, et on pourrait, au moins, s'assurer par une incision exploratrice si l'intervention radicale est possible.

La laparotomie exploratrice n'est, en effet, jamais préjudiciable à la malade, et nombreux sont les faits qui prouvent qu'elle peut en bénéficier d'une manière absolument inexplicable. Non seulement on a signalé, après ces interventions inoffensives, la disparition complète de l'ascite, qui ne se reproduisait plus, mais encore on a vu se produire un temps d'arrêt, même une régression dans la marche de la tumeur.

Nous ne parlons évidemment pas des cas tout à fait désespérés, de malades arrivés à une cachexie profonde, où le chirurgien, appelé trop tard, constate la généralisation du processus morbide au péritoine, la marche galopante d'une tumeur cancéreuse.

Tel était le cas d'une jeune fille pour laquelle nous fûmes consulté par notre ami le Dr Comanos Pacha. La tumeur, dont l'existence antérieure est très probable, avait pris brusquement un développement considérable et provoqué une énorme ascite, l'œdème des membres inférieurs, une péritonite cancéreuse généralisée, et avait amené le dénouement fatal, dans le marasme, cinq mois après son apparition. Appelé quelques jours seulement avant la mort de la jeune fille, toute intervention nous parut, ainsi qu'au Dr Comanos, malheureusement inutile.

Il y a certes une limite à notre audace, qu'il faut se bien garder de dépasser, sous peine d'être taxé de témérité blâmable.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire compliquant la grossesse, l'intervention radicale est généralement indiquée. A quelques exceptions près, la tumeur a une influence déplorable sur la marche de la grossesse, provoque l'avortement ou occasionne des accidents redoutables au moment de l'accouchement. En outre, il y a toujours lieu de craindre la torsion du pédicule, qu'on a signalée fréquemment pendant la grossesse, la suppuration de la tumeur, l'hémorragie interne et l'iléus mortel. On ne donnera la préférence à l'avortement provoqué ou à l'accouchement prématuré que dans les cas où on prévoit de très grandes difficultés pour extraire, par exemple, une tumeur intraligamentaire enclavée dans le bassin. Du reste, la gestation n'aggrave nullement l'ovariotomie, et quelques auteurs trouvent même qu'elle présente pendant cette période une inocuité relative.

Olshausen cite quatorze cas qui ont été suivis de succès. Spencer Wells, sur neuf ovariotomies faites chez des femmes enceintes, n'a perdu qu'une malade, et cinq fois l'enfant naquit vivant et à terme. Lawson-Tait et Schrœder n'ont enregistré, dans les mêmes conditions, aucun cas de mort sur un grand nombre d'opérations.

Si on peut choisir le moment de l'intervention, il sera préférable de la faire dès les premiers mois de la grossesse, l'opération paraissant offrir moins de dangers à cette époque.

Technique opératoire. — Nous avons longuement insisté dans deux articles précédents (*Laparotomie* et *Oophorosalpingotomie*) sur les préparatifs de l'opération, sur la façon de pratiquer l'ouverture abdominale, la rupture des adhérences et sur les différents procédés de traitement du pédicule.

Nous avons également décrit en détail comment on doit faire la toilette de la séreuse, le drainage de la cavité

péritonéale, les sutures de la plaie abdominale et le pansement.

Enfin, nous avons étudié aussi bien les soins ordinaires que réclame la malade après l'opération, que les moyens de combattre les accidents post-opératoires.

Il ne nous reste donc qu'à indiquer le manuel opératoire en ce qui concerne les manœuvres particulières que nécessite l'ablation des tumeurs ovariennes. Nous reviendrons néanmoins, une fois de plus, sur la question des adhérences pour examiner la conduite à tenir dans certains cas particuliers. En effet, l'ovariotomie pour une tumeur mobile est une opération des plus simples, des plus faciles. Ce sont les adhérences qui la rendent parfois extrêmement difficile et périlleuse. Les opérateurs les plus habiles, les plus expérimentés, n'ont pas pu, dans certains cas, éviter des délabrements viscéraux considérables, ils ont blessé les intestins, incisé la vessie ou arraché les uretères (W. Simon, d'Offenbach, Hegar, Muller, Nussbaüm, Altée, Spencer Wells, Pozzi, Olshausen, Sänger, Lawson-Tait). Les adhérences pelviennes ont parfois donné lieu à des hémorragies dont on n'a pas pu toujours se rendre maître, ou bien ont obligé le chirurgien à interrompre l'opération et à abandonner une grande partie de la tumeur. Il est même quelquefois prudent de borner l'intervention à l'incision exploratrice, si dès le début on avait reconnu que l'opération radicale exposait à de trop grands dangers.

Prenons d'abord un cas simple, l'*ovariotomie pour un kyste à contenu liquide* peu ou pas adhérent.

L'incision des parois abdominales peut alors ne pas dépasser 8 centimètres environ. L'hémostase étant assurée par quelques pinces à forcipressure appliquées sur les vaisseaux qui saignent, on ouvre le péritoine en conduisant le bistouri sur le doigt ou sur une sonde cannelée introduits à travers une petite boutonnière faite à la

séreuse. Le kyste apparaît alors et est ponctionné avec un gros trocart auquel est adapté un long tube en caoutchouc dont le bout inférieur plonge dans un récipient posé par terre (fig. 95). Quelques chirurgiens se contentent d'inciser le kyste simplement avec un bistouri, mais on risque ainsi de laisser pénétrer le liquide dans la cavité péritonéale.

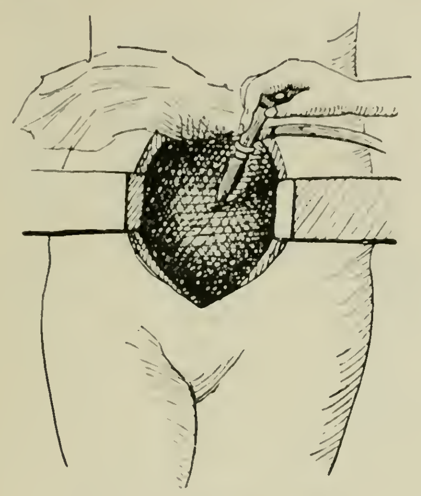


Fig. 95. — Ponction du kyste.

Péan, afin d'éviter toute souillure de la plaie, adaptait le tube de caoutchouc à une pompe et vidait le kyste à l'aide d'une forte aspiration.

A mesure que le liquide s'écoule, un aide presse avec ses mains sur les parois abdominales et empêche ainsi les intestins de sortir au dehors.

Le kyste vidé, on retire vivement le trocart pendant que l'aide comprime la poche au niveau de la piqûre. Une pince de Nélaton ou celle d'Auguste Reverdin saisit l'ouverture et sert à attirer doucement la poche au dehors, pendant que l'aide s'oppose à la sortie des intestins avec une main couverte d'une compresse chaude.

Reste à lier le pédicule avec un nœud de Lawson-Tait ou par une ligature en chaîne, suivant son épaisseur, cautériser la tranche de section avec la solution forte d'acide phénique ou avec le thermocautère et à réduire le moignon (fig. 96).

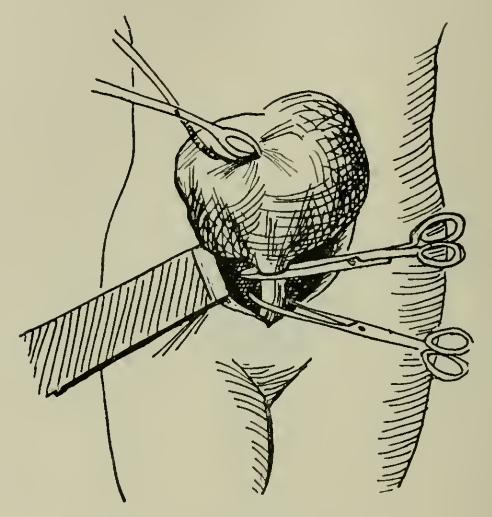


Fig. 96. – Section du pédicule.

Tel est le manuel opératoire dans les cas simples. Reprenons maintenant chaque temps opératoire et examinons les complications qui peuvent se produire.

Ouverture de l'abdomen. — L'incision de 8 centimètres de longueur sera rarement suffisante pour peu qu'on rencontre des adhérences solides. On l'agrandira alors avec des ciseaux en tranchant d'un coup toute l'épaisseur des parois abdominales.

Nous avons déjà observé qu'on se trouve parfois très embarrassé pour reconnaître le péritoine altéré par des poussées congestives, par des adhérences multiples contractées avec la tumeur. Nous avons conseillé de prolonger,

dans ces cas, l'incision jusqu'à ce qu'on arrive nettement sur la tumeur, quitte à l'ouvrir, si c'est nécessaire, pour lever les doutes. On redoublerait alors de précautions pour ne pas inciser une anse intestinale qu'on pourrait rencontrer sur la route. On peut également prolonger l'incision par en haut pour trouver un point où la séreuse est libre.

Nous désirons également mettre en garde l'opérateur contre un autre genre d'erreur qui consiste à prendre le péritoine très épaissi, étincelant, pour la paroi du kyste. On perdrait ainsi inutilement un temps précieux à séparer la séreuse du fascia transversalis.

Mentionnons enfin, à propos de l'incision abdominale, que la vessie est quelquefois très allongée et se trouve entraînée avec la tumeur au dehors du bassin. On surveillera donc l'incision du péritoine surtout dans sa partie inférieure et on introduira, au besoin, une sonde dans la vessie. Schrœder conseille de regarder la séreuse à contre-jour et de se guider par sa transparence. Si l'accident n'a pu être évité, on réunira aussitôt les bords de la plaie par une suture à la soie fine.

Evacuation du kyste. — Lorsqu'on a vidé le kyste, on constate parfois des loges secondaires derrière la cavité principale. On les évacue à leur tour en enfonçant le trocart plus profondément dans tel ou tel autre sens. Mais si elles sont nombreuses, petites, à contenu épais, il peut être nécessaire de faire une large ouverture dans la première loge, y introduire la main et arracher le plus possible de la masse kystique secondaire (fig. 97). On procédera de la même façon lorsque le contenu du kyste, au lieu d'être liquide, est glaireux, gélatineux et ne passe pas à travers le trocart. Si on n'a pas fait, dès le commencement, une incision suffisamment longue sur les parois abdominales, on l'agrandira et on enlèvera le contenu

du kyste avec les mains pendant qu'un aide presse sur les flancs et facilite la sortie de la masse épaisse. Les compresses-éponges garniront tout le pourtour de l'ouver-

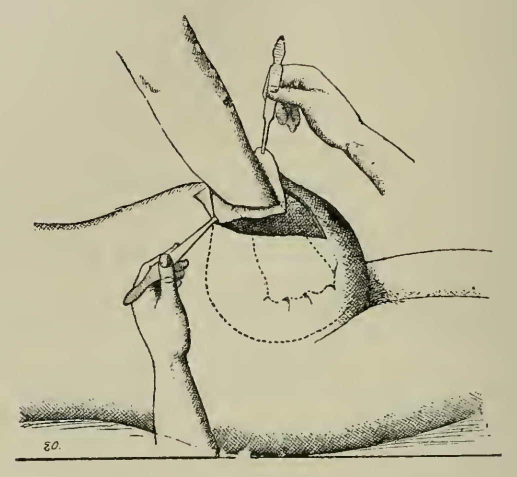


Fig. 97. — Evidement d'une tumeur polykystique (Courty).

ture du kyste et empêcheront le liquide de s'épancher dans la cavité abdominale.

Adhérences. — Quand on ouvre le péritoine, on ne voit ordinairement que les adhérences qui unissent la face antérieure de la tumeur à la paroi abdominale et à l'épiploon. Les adhérences profondes qui relient les parois latérales et postérieure de la tumeur aux intestins ne deviennent visibles que lorsqu'on attire la tumeur au dehors. Les premières sont rompues avec la main introduite entre les parois abdominales et la poche kystique avant de la ponctionner. Mais on ne pourra ainsi détacher que les adhérences récentes, lâches, minces. Les adhérences anciennes, résistantes, vasculaires ne seront attaquées qu'après avoir vidé le kyste, et on les coupera entre deux pinces qu'on remplacera ensuite par des liga-

tures. Nous avons déjà dit que si l'épiploon s'étalait sur une grande surface de la tumeur, le mieux serait de placer plusieurs ligatures sur toute la portion adhérente et de la réséquer en masse. La tranche de section sera lavée avec une solution forte d'acide phénique et l'épiploon repoussé dans l'abdomen.

Il s'agit ensuite de rompre les adhérences profondes, qui font courir le plus de danger aux viscères. On les divisera toujours le plus près possible de la surface de la tumeur et on réséquera, au besoin, un lambeau de celle-ci qu'on laissera adhérent aux intestins. La surface interne du segment sera alors cautérisée afin de détruire l'épithélium proliférant. Les adhérences pelviennes réclament surtout une attention soutenue. C'est à eux, plus particulièrement, qu'on doit les accidents les plus redoutables. Très résistantes, très vasculaires, elles ne se laissent guère décoller avec la main. D'un autre côté, les tractions exagérées sont très dangereuses et peuvent amener des déchirures profondes des organes contenus dans le grand et le petit bassin. On est donc obligé d'avoir recours à l'instrument tranchant et à cette profondeur cela ne laisse pas que d'être périlleux. On n'évite pas toujours de blesser la vessie, le rectum, les uretères, dont les plaies doivent être aussitôt recousues avec de la soie fine ou du catgut.

Ces complications assombrissent beaucoup le pronostic et il vaut mieux abandonner un segment de la tumeur dont la surface entière sera suturée aux lèvres de la plaie, que de s'acharner auprès des adhérences trop intimes avec les organes du bassin et risquer ainsi de les blesser ou de produire une hémorragie qu'on ne saura pas toujours maîtriser. Nussbaüm, dans un cas analogue, a su vaincre les difficultés par un procédé ingénieux. Ayant introduit une main dans la poche du kyste, il est arrivé à saisir un pli de la paroi, ce qui lui a permis, en tirant

sur ce pli, de retourner peu à peu le kyste et de le dégager de toutes ses adhérences avec les intestins et le bassin.

Hémostase. — Tous les moyens d'hémostase, compression, pincement, torsion, ligature, suture, cautérisation, doivent être mis en œuvre au cours d'une ovariotomie difficile.

La meilleure façon d'arrêter les hémorragies qui se produisent sur la surface de la tumeur même est de lier promptement le pédicule. Si les adhérences multiples empêchent de l'atteindre assez rapidement, on met une ligature en masse, ou on applique provisoirement quelques pinces sur les vaisseaux qui donnent.

Mais ces derniers moyens échouent ordinairement lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur solide, de nature maligne, à consistance molle et flasque. La simple pression de la main, la moindre traction exercée avec une pince, rompent les tissus. Une forte hémorragie s'ensuit et on ne peut la maîtriser qu'en liant le pédicule. Il faut agir alors avec une grande célérité, libérer rapidement la tumeur de ses adhérences, la soulever et jeter une ligature sur le pédicule.

Pour arrêter un suintement général se faisant sur une grande surface dans la cavité abdominale, on aura recours à la pression prolongée avec des compresses ou à l'action à distance d'un thermocautère. En cas d'insuccès, et si l'hémorragie provient de la séreuse pariétale, on peut placer autour de la surface qui saigne, des sutures traversant toute l'épaisseur des parois abdominales. Les fils seront liés extérieurement sur de petits rouleaux de gaze iodoformée.

Malgré tous les moyens d'hémostase mis en pratique, il est parfois impossible d'arrêter une hémorragie en nappe, provenant des adhérences rompues, de la séreuse

lésée, des organes blessés, et on sera forcé d'avoir recours au drainage de la cavité péritonéale.

TRAITEMENT DU PÉDICULE. — Nous avons exposé longuement la méthode intra-péritonéale de traitement du pédicule qui est applicable à tous les cas à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles.

Stilling a décrit, en 1841, la méthode extra-péritonéale de traitement du pédicule qu'il a conçu en 1837, à la suite d'un insuccès dû à une hémorragie qui se déclara dans un pédicule réduit. Ce procédé consiste à lier le pédicule en masse et à le fixer dans l'angle inférieur de la plaie après l'avoir séparé de la tumeur.

Le pédicule est retenu au dehors à l'aide de sutures ou de deux longues aiguilles qui le traversent en croix.

La ligature et les sutures peuvent être remplacées par un instrument spécial, le clamp, inventé par Hutchinson en 1858. On saisit le pédicule entre les branches du clamp ouvert, on le serre fortement, puis on ampute la tumeur de manière à laisser 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de pédicule au-devant de l'instrument. Cette portion extra-abdominale du moignon est fortement cautérisée, et le clamp est placé transversalement au-devant de l'ouverture abdominale qu'on ferme ensuite de manière à ne laisser qu'un étroit passage au pédicule.

Nous avons déjà indiqué les nombreux inconvénients qu'offrent tous les procédés de traitement extra-péritonéal du pédicule à propos de l'amputation supra-vaginale de l'utérus fibromateux (voyez p. 124).

On pourrait pourtant recourir avec avantage à cette méthode si la malade, atteinte de tumeur de l'ovaire, souffre en même temps d'une rétrodéviation utérine. En fixant le pédicule entre les lèvres de la plaie par quelques points de suture, les adhérences de la matrice étant rompues, on remédie du même coup à la situation vicieuse de l'utérus.

Conduite a l'égard de l'ovaire du côté opposé. — Quand on a réduit le pédicule de la tumeur, on procède à l'examen de l'ovaire du côté opposé et on l'attire, à cet effet, au milieu de la plaie. Souvent il présente des lésions qui justifient son ablation. Dans le cas contraire, il sera respecté. Cette règle générale admet, pourtant, certaines exceptions. L'ovaire, même sain, sera enlevé lorsqu'on trouve, en même temps qu'une tumeur de l'ovaire, un corps fibreux utérin dont l'extirpation peut offrir quelques difficultés, ou doit beaucoup prolonger une opération déjà antérieurement laborieuse. Au contraire, s'il ne s'agissait que de quelques fibromes pédiculés ou de quelques noyaux fibreux bien encapsulés, on pourrait extirper les uns, énucléer les autres et conserver l'ovaire, ce qui serait surtout indiqué lorsqu'il s'agit d'une jeune malade.

Toilette du péritoine. — Elle sera faite avec des compresses-éponges chaudes, exprimées, comme nous l'avons décrit. Lorsque le lavage du péritoine est indiqué on remplit la cavité abdominale tout entière d'eau bouillie stérilisée chaude, au moyen d'un tube qui vient d'un récipient, en verre, suspendu. On ferme la plaie aussi bien que possible avec une main, pendant que l'autre reste à l'intérieur. On fait mouvoir rapidement les doigts au milieu des intestins qu'on lave soigneusement. On vide alors la cavité et on la remplit à deux ou trois reprises jusqu'à ce que l'eau ressorte tout à fait propre.

Pour le drainage, voyez p. 227.

Fermeture de la plaie. — Nous désirons seulement remarquer à propos de l'occlusion de l'incision abdominale, qu'on doit prendre de grandes précautions pour ne pas faire de piqûres à l'intestin lorsqu'on traverse les parois avec l'aiguille. On protégera donc toujours le paquet intestinal avec des compresses chaudes pendant qu'on

applique les sutures. Signalons enfin un autre accident rapporté par Bayless : vingt heures après l'opération, il a vu se produire une forte hémorragie provenant d'une artère de la paroi abdominale. On évitera, par conséquent, avec soin de blesser un gros vaisseau des parois abdominales au moment de la suture et on fera l'occlusion de la plaie aussi parfaite que possible.

Pour le pansement, les suites et accidents post-opératoires, voyez p. 256.

XXVI

OVARIOTOMIE VAGINALE

Indications. — L'ovariotomie vaginale, exécutée pour la première fois par Gaillard Thomas, en 1870, est rarement appliquée. On n'y a recours que dans les cas de petites tumeurs unilatérales, mobiles dans la cavité du bassin et bombant dans les culs-de-sac antérieur ou postérieur du vagin.

Quand la tumeur est haut placée, ou quand, par l'analyse des symptômes et de la marche de la maladie ainsi que par l'examen direct, on peut conclure à l'existence des adhérences, l'ovariotomie par la voie vaginale serait une opération détestable.

Technique. — Antisepsie rigoureuse du vagin et de la vulve. La malade est dans la position dorso-sacrée. Quelques opérateurs introduisent un tube dans le rectum, afin d'éviter qu'il ne tombe dans la ligne de section lorsqu'on ouvre le cul-de-sac postérieur. Le périnée est déprimé à l'aide d'une large valve. Le col est saisi avec une pince de Museux et relevé fortement. A l'aide d'un bistouri on incise transversalement la muqueuse vaginale et le péritoine.

Le cul-de-sac de Douglas ainsi ouvert donne passage à la tumeur qu'on voit descendre. On la fixe avec une pince et on la ponctionne avec un trocart. Quand il s'est écoulé

une quantité suffisante de liquide, on attire la poche dans le vagin jusqu'à ce que le pédicule paraisse; puis celui-ci est lié au moyen d'un fil double de soie. Le kyste est alors sectionné. Quant à la ligature, on peut la laisser en dehors du vagin ou en couper les extrémités tout près du pédicule qui est ensuite réduit dans la cavité abdominale. L'incision vaginale est, dans ce cas, fermée avec quelques points de suture.

XXVII

PÉRINÉORRHAPHIE

Indications. — La réparation de la rupture du périnée, faite tout d'abord par Guillemeau, disciple d'Ambroise Paré, dans la première moitié du xviie siècle, est indiquée dans tous les cas, que la déchirure soit complète ou incomplète, qu'elle ait succédé à un accouchement laborieux ou à un traumatisme quelconque (chute sur le manche d'une fourche, sur le dossier d'une chaise, coup de corne, etc.). En effet, si la division complète du périnée avec rupture du sphincter anal crée une infirmité tellement pénible que l'opération s'impose, la déchirure incomplète ne trouble pas moins la statique utérine, et justifie toujours l'intervention. Il est même à remarquer, fait surprenant à première vue, que ce sont les déchirures incomplètes qui occasionnent le plus souvent les prolapsus utérins, les cystocèles et les rectocèles. La béance de l'orifice vulvaire entretient en même temps un état inflammatoire des organes, provoque souvent une abondante sécrétion et occasionne une métrite chronique.

Le moment le plus favorable pour réparer une déchirure du périnée est, certes, celui qui suit immédiatement l'accouchement. Les lèvres de la plaie étant, au besoin, régularisées par l'excision des parties contuses, on les réunit rapidement par une suture continue au catgut, qui assure non seulement la restauration parfaite du périnée,

mais fournit encore un excellent moyen d'arrêter l'hémorragie parfois assez intense. Une simple anesthésie locale suffit dans ce cas.

Mais si pour une raison quelconque, affaiblissement trop grand de l'accouchée, altération des tissus par œdème ou par infiltration ecchymotique, manque d'aide, on ne juge pas possible de faire tout de suite la suture du périnée, il sera prudent d'attendre la fin de l'involution des organes génitaux pour la pratiquer. Faite plus tôt, c'est-à-dire quelques jours après l'accouchement, elle paraît avoir donné lieu à des accidents imputables à la puerpéralité. Ainsi Heppner a perdu, dans ces conditions, deux malades. L'une, opérée douze jours après l'accouchement, est morte avec une fièvre puerpérale septique ; l'autre, opérée vingt-trois jours après l'accouchement, a succombé aux suites d'un érysipèle ambulant.

On laissera donc écouler environ trois mois avant de pratiquer la restauration tardive du périnée, la périnéorrhaphie à proprement parler. Le nombre de procédés par lesquels elle peut être exécutée est vraiment déconcertant. Nous craignons d'en avoir omis quelques-uns n'ayant pu étudier que ceux de Dieffenbach, de Roux, de Jobert de Lamballe, de von Langenbeck, de Richet, de Demarquay, de Le Fort, de Simon, de Hildebrandt, de Freund, de Gaillard-Thomas, de Simpson, de Verneuil, de Trélat, de Martin, de Sänger, de Lauenstein, de Heppner, de Lannelis, de Decès, d'Emmet, de Hégar, de Lawson-Tait, de Pozzi, de Fritsch, de Stratz. Nous ferons grâce au lecteur de la description de tous ces procédés, dont un grand nombre n'ont plus, du reste, qu'un intérêt historique. Le procédé d'Emmet, décrit par cet auteur en 1865, fut en grand honneur non seulement en Amérique, mais en Europe jusqu'à la publication des remarquables travaux de L.-Tait sur la périnéorrhaphie qui eut lieu en 1887. Le

manuel opératoire de cet éminent gynécologue s'est imposé de suite grâce à une grande rapidité et simplicité d'exécution, qualités qu'aucun autre procédé n'a encore présentées à ce degré. Si on ajoute qu'il a toujours donné des résultats parfaits entre les mains de tous ceux qui l'ont appliqué, on comprendra la vogue dont il jouit aujourd'hui. Nous le décrirons donc en première ligne, comme étant le plus pratique ; c'est la méthode que nous employons exclusivement.

Nous exposerons ensuite les procédés de Hégar et d'Emmet, encore très répandus et qui donnent de très bons résultats.

Nous indiquerons enfin les modifications apportées par Stratz et Pozzi à la technique de L.-Tait et nous signalerons brièvement le manuel opératoire de quelques autres chirurgiens dont les procédés offrent des ressources utiles à connaître dans certains cas.

Soins préliminaires de la périnéorrhaphie. — L'opération sera faite, de préférence, dans la première semaine qui suit la période menstruelle, ou au moins douze à quinze jours avant les règles prochaines. Pendant les huit jours qui précèdent l'intervention, la malade recevra, matin et soir, une injection chaude avec la solution de sublimé à 1/2000. La veille de l'opération, elle sera purgée et prendra un bain. Le matin du jour même, on lui administrera, de bonne heure, un lavement qui doit être rendu avant le moment de l'opération. La vulve et le pourtour de l'anus seront soigneusement rasés, brossés et lavés au sublimé, à l'alcool et à l'éther; le rectum sera irrigué avec de l'eau boriquée. Antisepsie rigoureuse du vagin. Cathétérisme de la vessie. La malade sera endormie avec le chloroforme. L'anesthésie locale par la cocaïne ne peut guère être employée que pour les toutes petites déchirures.

La malade sera mise dans la position dorso-sacrée, le siège reposant sur le bord de la table d'opération, les jambes soutenues par les sous-cuisses ou par les aides placés de chaque côté de l'opérateur.

I. — Déchirures incomplètes du périnée.

Procédé de Lawson-Tait

Avivement. — On pratique, tout d'abord, l'avivement de la plaie par dédoublement de la cloison recto-périnéo-vaginale.

L'opérateur introduit dans le rectum l'index et le médius de la main gauche et soulève la cloison recto-vaginale. Le champ opératoire est tendu, de chaque côté, par la main d'un aide ou par des pinces à griffes. Il s'agit alors de pratiquer trois incisions : une transversale de 3 centimètres et demi à 4 centimètres, entre la commissure postérieure de la vulve et l'anus, dédoublant la cloison recto-périnéo-vaginale exactement en son milieu, afin que le lambeau ne soit pas trop mince, et deux incisions verticales de 2 centimètres et demi à 3 centimètres, qui partent du point d'union des grandes et des petites lèvres et aboutissent aux extrémités de la section transversale. L'incision, dans son ensemble, représente donc un U majuscule, et on obtient un rétrécissement d'autant plus considérable que les branches sont plus élevées. La cloison recto-vaginale sera dédoublée plus ou moins profondément suivant l'étendue de la déchirure ; ordinairement 2 à 3 centimètres suffisent. Les débridements verticaux comprendront non seulement la peau, mais aussi le tissu cellulaire de la région.

L.-Tait pratique l'avivement avec des ciseaux pointus et coudés. Il enfonce la pointe d'une de leurs branches sur

la ligne médiane et taille d'abord à gauche, puis à droite (fig. 98). Le débridement transversal fait, il procède de la même façon pour les incisions latérales en remontant peu à peu sur les côtés de la vulve jusqu'au point d'union des grandes et des petites lèvres. Nous préférons tracer

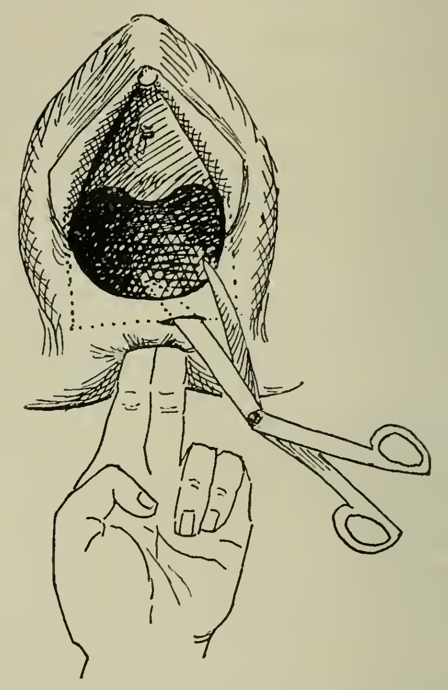


Fig. 98. — Périnéorrhaphie ; procédé de Lawson-Tait. Avivement.

notre incision en U au bistouri et dédoublons la cloison recto-vaginale en partie avec le doigt, en partie avec les ciseaux. L'index et le médius de la main gauche placés dans le rectum surveillent sa paroi antérieure et nous guident au cours de la dissection afin d'éviter la blessure de l'intestin.

Les vaisseaux de quelque importance qui saignent sont saisis avec des pinces, tordus ou liés au catgut fin. Le

suintement en nappe est arrêté par une forte injection avec la solution chaude de sublimé à 1/2000.

L'avivement terminé, on obtient une large surface cruentée limitée en arrière par la muqueuse rectale dédoublée, sur les côtés par les branches de l'incision des grandes lèvres, et en haut par le lambeau vaginal. Ce dernier, une fois libéré, se rétracte grâce à son élasticité et ne recouvre plus qu'en partie la surface d'avivement. Il ne sera pas compris dans la suture et formera au-dessus d'elle un bourrelet libre.

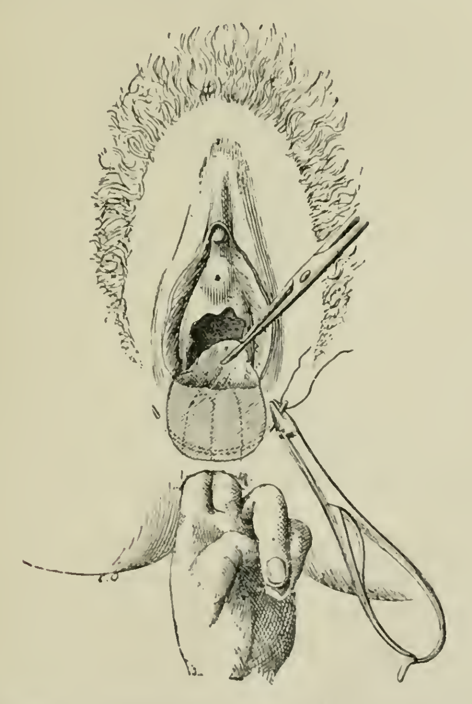


Fig. 99. — Périnéorrhaphie ; procédé de Lawson-Tait. Passage des sutures.

Sutures. — Trois à quatre points de suture suffisent ordinairement. L.-Tait les fait passer dans la plaie même.

immédiatement *en dedans* de ses bords. Quelques chirurgiens ne suivent pas cette pratique et comprennent également la peau dans leur suture, en faisant pénétrer l'aiguille à un demi-centimètre *en dehors* des lèvres de la plaie. C'est ainsi que nous procédons (fig. 99).

L.-Tait emploie, pour les sutures, les fils d'argent. On peut les faire aussi avec les crins de Florence ou la soie.

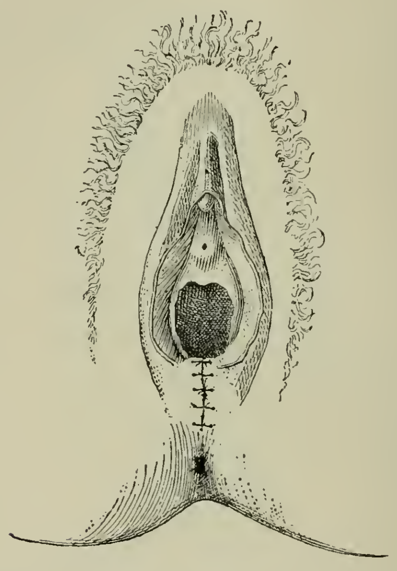


Fig. 100. — Périnéorrhaphie; procédé de Lawson-Tait. Sutures serrées.

A l'aide d'une aiguille courbe, on passe d'abord un fil qui pénètre en dedans du bord gauche de l'avivement, chemine à travers les tissus cellulaires du fond de la plaie, traverse la cloison recto-vaginale un peu au delà du point où elle a été dédoublée et ressort en dedans du bord droit de la plaie dans un point symétrique. Un ou deux fils sont ensuite placés en dessus et au-dessous de ce premier point et embrassent simplement l'épaisseur des tissus avivés. Les doigts introduits dans le rectum permettent

d'éviter que l'aiguille ne traverse ni la muqueuse rectale, ni la muqueuse vaginale. Avant de serrer les fils, on irrigue de nouveau la plaie, puis on les noue doucement entre ses lèvres (fig. 100).

Si on passe les sutures en dehors des lèvres de la plaie, ce qui est plus conforme à nos habitudes chirurgicales, il faut lier les fils un peu à côté de la ligne de réunion. On peut ensuite, ce que L.-Tait ne fait pas, ajouter, à l'exemple de Sänger, quelques points de suture superficiels aux crins de Florence pour obtenir un affrontement plus exact des bords de la plaie. On fait enfin un dernier lavage au sublimé et on recouvre les fils avec de la gaze iodoformée. Une mèche de même gaze est introduite dans le vagin. Le tout est couvert avec du coton hydrophile et est retenu par un bandage en T.

Martin emploie, pour la suture, un procédé très expéditif. Au lieu de la faire à points séparés, il applique une suture continue à étages superposés, ce qui assure une coaptation parfaite des tissus. Les fils d'argent sont remplacés par le catgut à l'essence de genévrier.

Pozzi fait également un surjet au catgut qu'il combine avec une suture profonde à points séparés. Il emploie pour ces derniers les fils d'argent. Nous aurons, du reste, à revenir sur les modifications apportées par cet auteur au procédé de L.-Tait, en parlant des déchirures complètes.

Procédé de Stratz

Stratz, tout en reconnaissant le procédé de L.-Tait supérieur aux autres, trouve qu'il produit des tiraillements exagérés du plancher pelvien et ne permet pas d'apprécier facilement les tissus en excès qu'il serait utile d'exciser. Ces inconvénients, toujours d'après Stratz, tiennent à ce que le chirurgien opère un peu en aveugle. Pour

remédier à cette condition défavorable, il procède ainsi qu'il suit :

On fait, à partir des points dont la réunion doit correspondre à la commissure postérieure future, deux incisions qui vont se réunir angulairement sur la ligne médiane, un peu en avant de l'anus. Cela fait, on décolle la paroi vaginale avec le doigt, aussi haut qu'il est nécessaire.

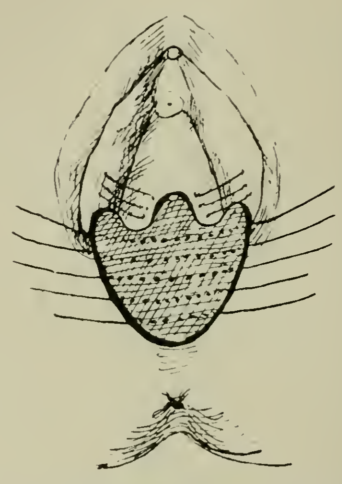


Fig. 101. — Périnéorrhaphie : procédé de Simon. Avivement et passage des sutures.

Puis on saisit cette paroi vaginale décollée avec deux longues pinces, très rapprochées l'une de l'autre, et on incise sur la partie médiane. La section opérée, on a ainsi deux lambeaux qu'on enroule autour des pinces, manœuvre qui a pour effet de découvrir le champ opératoire d'une façon très nette, et qui ne s'accompagne d'aucune hémorragie. Les sutures sont appliquées comme dans le procédé de L.-Tait. Si, pour terminer, l'on a soin de dérouler lentement les lambeaux, le chirurgien peut, soit les réunir, soit en réséquer une portion plus ou moins considérable, suivant les indications (Schrœder).

Procédé de Simon. — Cet auteur avive la surface cicatrisée du périnée en forme de triangle dont le sommet se perd dans le vagin et dont le milieu de la base se trouve à peu près au niveau de l'ouverture anale (fig. 101).

On réunit alors par la suture les deux côtés du triangle qui limitent le vagin de part et d'autre ; les deux moitiés de la base du triangle sont réunies à leur tour par des sutures et constituent le nouveau périnée.

II. — Déchirures complètes du périnée.

Procédé de Lawson-Tait

Nous avons peu de chose à ajouter à la description que nous venons de donner du procédé de L.-Tait. En effet, le manuel opératoire, dans les cas de déchirures complètes, ne diffère que par quelques détails de la technique que suit cet auteur pour les ruptures incomplètes. L'incision, au lieu de présenter un U majuscule, prend la forme d'un H, grâce à une légère prolongation par en bas des débridements verticaux. Les incisions latérales partant du point d'union des grandes et des petites lèvres ne s'arrêtent plus aux extrémités de la section transversale, mais se continuent au-dessous d'elle sur une petite longueur. On obtient ainsi un H dont les branches inférieures sont plus courtes et plus écartées que les supérieures. La profondeur du dédoublement est en rapport avec l'étendue de la déchirure et est faite de la manière que nous avons indiquée, en partie avec le doigt, en partie avec des ciseaux.

La suture est placée sous le contrôle de deux doigts introduits dans le rectum. L.-Tait se sert, pour les déchirures complètes, de crins de Florence. L'aiguille ne pénètre

pas dans la peau, mais dans la plaie même, en dehors des bords de l'avivement. Le premier fil doit traverser les extrémités du sphincter anal déchiré, dont la place est facilement reconnue avant l'avivement grâce à une légère fossette dans la cicatrice. On applique quatre à six points de suture qui sont tous noués le long du périnée reconstitué en dehors du vagin et du rectum.

Les remarques que nous avons faites au cours de la description du procédé pour les déchirures incomplètes s'appliquent également ici.

Procédé de Pozzi

Pozzi emploie presque uniquement le procédé de L.-Tait pour toutes les déchirures du périnée, mais avec quelques modifications dont la seule vraiment importante est celle qui porte sur le mode de la suture.

En effet, cet auteur donne également à l'incision la forme d'un H tronqué par le bas. Seulement il fait le dédoublement beaucoup plus étendu que ne le pratique L.-Tait. L'originalité du procédé réside dans la suture.

Afin d'obtenir la coaptation exacte des tissus, il passe d'abord deux ou trois fils d'argent profonds qui rentrent et sortent à un demi-centimètre des bords de la plaie et cheminent sous toute la surface cruentée, sans pénétrer, bien entendu, ni dans le rectum, ni dans le vagin. Avant de les serrer, il fait une suture continue au catgut à plans superposés du fond de la plaie et enfin il réunit la peau par un surjet spécial au catgut ou par quelques points séparés aux crins de Florence.

Procédé de Simon

Dans le cas de déchirures complètes du périnée, Simon

pratique une surface d'avivement, qui s'engage dans le vagin sous la forme d'un angle, et qui affecte de part et d'autre la forme d'une aile de papillon. On commence par réunir par des sutures vaginales les deux bords de la plaie du vagin. On pratique ensuite et on lie, aussitôt après, alternativement des sutures vaginales et des sutures rectales ; les nœuds des fils sont ainsi situés dans le vagin et dans le rectum et la paroi recto-vaginale subit une élongation artificielle. On finit par les sutures périnéales. Celles-ci peuvent être superficielles, attendu que la tension des bords de la plaie est supportée en grande partie par les sutures rectales (Schrœder).

Procédé de Hegar

Hegar a sensiblement modifié la technique de Simon. Nous reproduirons presque exactement la description qu'en donne le chirurgien de Fribourg.

Dans la déchirure complète du périnée, la continuité de la cloison recto-vaginale se trouve interrompue vers le vagin, le rectum et le périnée. Il faudra donc faire, dans cette triple direction, l'occlusion de la solution de continuité.

On fera un avivement dont la forme sera analogue à la figure *abcd* de la planche (102). L'avivement terminé, la suture sera appliquée de telle sorte que les lignes *a*, *n*, *x* et *b*, *n*, *x* soient unies ensemble par des fils dont les chefs pénétreront du côté du vagin, les lignes *a*, *e* et *b*, *d* constitueront le périnée, les lignes *c*, *e* et *e*, *d* seront unies ensemble par des fils noués vers le rectum.

Avivement. — Pour bien mettre à nu le champ de l'opération, on soulève avec un large écarteur vaginal la paroi vaginale antérieure, pendant qu'on saisit et fixe avec une pince à griffes, la paroi vaginale postérieure au-dessus du

point x. On introduit dans le rectum, surtout s'il y a prolapsus de la paroi rectale, une éponge montée imbibée

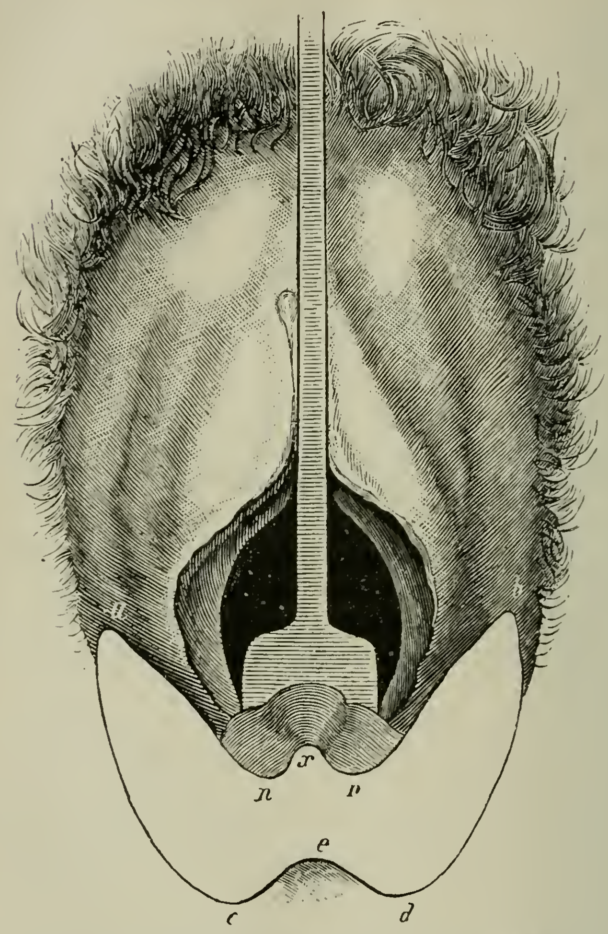


Fig. 102. — Périnéorrhaphie ; procédé de Hegar. Avivement.
(Figure extraite du *Traité de gynécologie opératoire* de l'auteur, traduit par Bar, accoucheur des hôpitaux.)

d'eau chlorée ; on évitera ainsi la souillure de la peau par les matières fécales. On saisit alors avec des pinces la

peau au niveau des points auxquels répondront les extrémités du nouveau périnée, c'est-à-dire en avant sur la face interne des grandes lèvres en *a* et *b*, en arrière au voisinage du bord antérieur de l'anus en *c* et *d* et on écarte ces points l'un de l'autre.

On commence l'avivement en dessinant le triangle *n*, *x*, *n*. Le point *x* doit être situé sur la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure et être éloigné de 2 centimètres environ du point *e*, qui représente l'extrémité du triangle d'avivement de la paroi rectale. En excisant ce petit triangle muqueux à extrémité dirigée vers le cul-de-sac vaginal, on évite de voir l'extrémité des lèvres de la plaie faire saillie en haut quand on nouera les fils à suture et on facilite singulièrement le glissement vers la ligne médiane des parties latérales avivées. De plus, en agissant ainsi, on donne plus de solidité à la paroi recto-vaginale qu'on va créer, car les points *x* et *e* qui représentent sur le vagin et sur le rectum le sommet des lignes avivées, seront plus éloignées l'un de l'autre que si *x* se trouvait situé sur le milieu d'une ligne droite unissant les points *n* et *n*. Enfin on assure plus complètement la solidité de la réunion et on évite beaucoup mieux en *e* la production de fistules recto-vaginales.

Partant de *n*, *n*, on fait, en se dirigeant en haut et en dehors, une incision courbe, convexe en avant, qui s'étendra jusqu'aux points *a* et *b*, qui, unis ensemble, formeront la fourchette du nouveau périnée. Ces points sont situés sur la partie inférieure du bord interne des grandes lèvres. De ce point on trace les incisions *a*, *c* et *b*, *d*, longues de 3 à 4 centimètres, qui, réunies, formeront le raphé du nouveau périnée. Ces incisions seront dirigées fortement en bas et convergeront vers le point où sera plus tard l'anus. On isolera les bords du lambeau ainsi dessiné en enfonçant un couteau à plat à une profondeur de 2 à 3 millimètres, et enfin on complétera l'avivement en disséquant

complètement le lambeau circonscrit. Pendant toute la durée de l'opération jusqu'à ce que la suture soit terminée, on lavera le champ de l'opération avec des liquides désinfectants, avec de l'eau chlorée faible, ou une solution phéniquée à 2 p. 100. En donnant au liquide à irrigations une température chaude, on agira contre l'hémorragie parenchymateuse.

Il est rarement nécessaire de lier les vaisseaux. Quand on a appliqué une pince à forcipressure, on aura soin, avant de serrer et de nouer les fils à suture, de réséquer les parcelles de tissu qui auront été saisies et comprimées entre les mors de la pince ; il suffit ensuite d'affronter



Fig. 103. — Périnéorrhaphie ; procédé de Hegar. Avivement.

exactement les lèvres de la plaie pour voir l'hémorragie cesser d'elle-même.

Les débutants commettent généralement la faute de donner à la surface avivée une étendue beaucoup trop grande. C'est augmenter inutilement l'étendue du traumatisme, c'est accroître les difficultés de la réunion, car il faudra tendre beaucoup les tissus pour affronter les parties latérales de la surface avivée. Il est également inutile de reporter trop en avant les points *d*, etc. Il ne faudrait pas tomber dans une autre faute et dessiner l'avivement de telle sorte que les points *d* et *c* soient situés trop en dehors. Si on agissait ainsi, on éprouverait de très grandes difficultés pour affronter ensemble les lignes *e*, *d* et *e*, *c*.

Si la déchirure est peu profonde, la surface avivée aura la forme d'ailes de papillon, le petit triangle *n x n* représentant la tête de l'insecte.

Si la déchirure remonte haut sur la cloison recto-vaginale, la forme de l'avivement sera modifiée (fig. 103 *a* et *b*) et la partie de chaque lèvre avivée qui devra contribuer à la formation de la cloison recto-vaginale proprement dite, sera étroite.

Sutures. — Quand la plaie est bien régulière on commence à suturer les lèvres du triangle *n x n* (fig. 102). On se servira à cet effet d'aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille et munies d'un fil d'argent. On fera

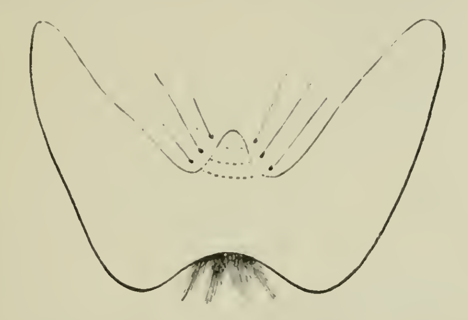


Fig. 104. — Périnéorrhaphie, procédé de Hegar. Sutures vaginales.

pénétrer (fig. 104) l'aiguille dans la muqueuse à 3 millimètres du bord de la plaie, et dirigeant son extrémité à plat dans tout le fond de la plaie, on la fera sortir à 3 millimètres en dehors de la lèvre opposée.

Dès qu'on aura terminé la suture vaginale, on passera quelques fils vers le rectum (fig. 105).

En partant du rectum on enfoncera à 2 à 3 millimètres du bord de la plaie une aiguille qui sera dirigée de bas en haut ; l'aiguille, après avoir parcouru un certain trajet dans la plaie, sera tirée en dehors, saisie de nouveau avec le porte-aiguille et on la fera pénétrer dans

la plaie du côté opposé, en un point complètement symétrique à celui d'où elle vient d'être tirée ; l'aiguille sera alors dirigée de la plaie vers la peau, c'est-à-dire en bas et en dehors. Les chefs des fils ainsi passés pendront dans le rectum. Au lieu de diriger l'aiguille ainsi que nous venons de le dire, on peut encore fixer une

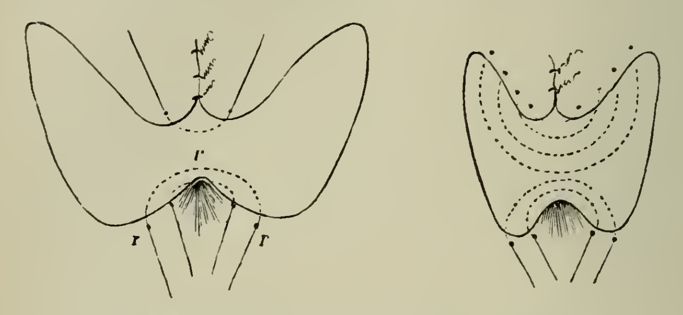


Fig. 105. — Périnéorrhaphie ; procédé de Hegar. Sutures vaginales et rectales.

aiguille à chaque extrémité du fil, et faire pénétrer chaque aiguille de haut en bas et de dedans en dehors sur chaque partie latérale de la plaie. Il est fort difficile de retirer les fils métalliques qu'on a appliqués dans le rectum et qu'on a coupés court ; de plus, les malades les supportent difficilement : ainsi, depuis quelque temps Hegar se sert pour les sutures rectales des fils de catgut ou de soie très fine, et ne se préoccupe plus de ces sutures.

Pour serrer les fils, on peut avoir recours à deux procédés : imiter Hildebrandt, c'est-à-dire passer tout d'abord tous les fils, puis les nouer ensuite, ou bien passer d'abord le fil le plus profondément situé, le serrer, le nouer, voir ensuite quel est le résultat obtenu ; passer un second fil embrassant plus de tissu, le serrer, le nouer ; continuer ainsi en égalisant au fur et à mesure les lèvres de la plaie, en modifiant les dispositions des fils, en corri-

geant la forme de l'avivement suivant le besoin. C'est le procédé que suit Hégar.

Dès que les sutures rectales et vaginales sont appliquées et nouées, on procède à l'application des sutures périnéales (fig. 106). On suivra ici les règles que nous

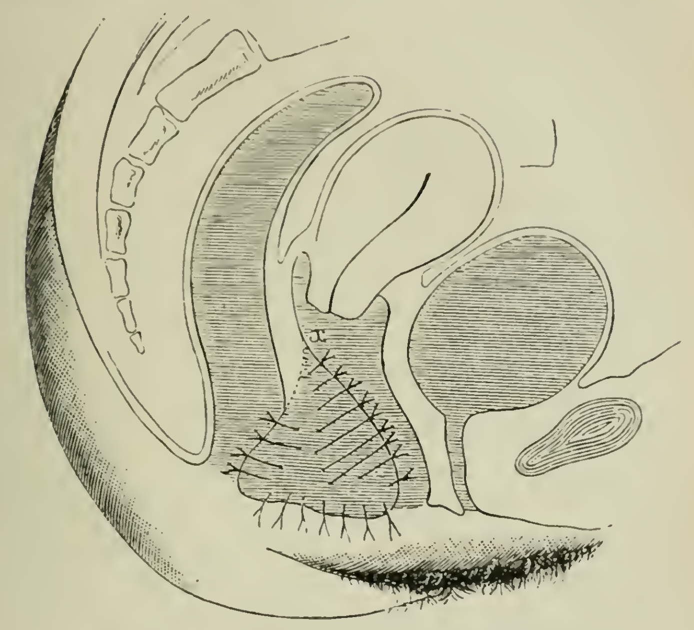


Fig. 106. — Périnéorrhaphie : procédé de Hegar.
Disposition générale des sutures (Hegar).

venons de donner. Pendant qu'on nouera les fils, on aura soin de rapprocher l'une de l'autre les jambes de la malade, afin de diminuer la tension des tissus. Il est bon que pendant tout ce temps la femme soit étendue dans le décubitus dorso-sacré. Une fois les sutures terminées, on aura soin d'exprimer avec les doigts le peu de sang qui pourrait être retenu entre les lèvres de la plaie, et on fera un soigneux lavage antiseptique dans le vagin, dans le rectum et sur la plaie du périnée.

On fait alors la section sous-cutanée ou à ciel ouvert du sphincter anal en pratiquant sur le bord postérieur de l'anus deux incisions latérales.

Cette section est faite par Hegar dans le but d'éviter les tiraillements sur la suture rectale et pour faciliter la libre issue au dehors des matières fécales et des gaz pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Hildebrandt pratique un avivement en forme de feuille de trèfle et fait des sutures périnéales très profondes, embrassant toute la plaie.

Freund emploie un procédé analogue à celui de Hegar, avec cette différence qu'il donne à l'avivement, dans chaque cas, une forme qui reproduit le mieux l'aspect de la déchirure.

Martin fait une suture continue à étages superposés avec du catgut, comme nous l'avons déjà remarqué à propos des déchirures incomplètes. Dans le cas de ruptures complètes, il suit un procédé analogue à celui de Simon et de Hegar. Le trait caractéristique de sa méthode consiste dans la suture : il commence par la paroi rectale, continue par la paroi vaginale, après avoir fait, si cela est nécessaire, une rangée de points intermédiaires, et enfin termine par la paroi périnéale.

Procédé d'Emmet

L'avivement porte sur de larges surfaces; il représente, sur chacun des côtés du périnée déchiré, un triangle dont la base est à la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée. Ces deux triangles sont reliés l'un à l'autre, sur la

ligne médiane, par un avivement pratiqué aux dépens de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et remontant jusqu'à 3 centimètres de hauteur. La figure qui résulte de cet avivement ressemble à un papillon aux ailes déployées : l'avivement médian représente le corps de l'animal ; les deux avivements latéraux, les ailes. On doit commencer par aviver la partie médiane à cause de l'écoulement sanguin qui se produit dans l'incision des parties latérales, et avoir soin de bien enlever tout le sang, une fois que l'avivement est complet. On procède ensuite aux sutures. Celles-ci sont placées d'arrière en avant, et vont de l'un des bords de la plaie à l'autre bord, en traversant la cloison recto-vaginale. Les fils ainsi passés forment une anse qui, en se resserrant, applique l'une contre l'autre les surfaces cruentées à la façon des bords d'une bourse, quand on serre le cordon qui entoure son orifice. Pendant tout le temps de la suture, l'index gauche doit être dans le rectum, afin de guider, pour ainsi dire, l'aiguille dans la cloison et veiller à ce qu'elle ne pénètre pas dans l'intérieur du canal intestinal. Le premier point doit être fait très soigneusement, car il est destiné à réunir les deux extrémités divisées du sphincter anal et à reconstituer l'anus, autant que possible : il décrit un véritable fer à cheval et doit cheminer sous la surface cruentée très près de son bord postérieur. Ces sutures sont faites par Emmet au fil d'argent. Muller préconise, au contraire, l'emploi du catgut. En général, cinq ou six points suffisent, et, si cela est jugé opportun, on est autorisé à en faire quelques-uns superficiels (C. Decès). L'avantage de ce procédé réside surtout dans l'absence des sutures rectales et vaginales.

A. *Decès* emploie un procédé qui est une combinaison du déboublement de L. Tait, du décollement de la muqueuse de Schrœder, du lambeau vaginal de Langenbeck et de la suture d'Emmet. L'originalité de la technique de

cet auteur consiste à suturer, en avant de la réunion périnéale, le lambeau vaginal, laissé libre dans le procédé de Lawson-Tait.

Soins consécutifs a la périnéorrhaphie. Accidents. — Après l'opération, on doit faire tenir les jambes de la malade rapprochées l'une contre l'autre par une large serviette, afin d'éviter les mouvements involontaires qui pourraient se produire, au moins, pendant le sommeil de la patiente. Jusqu'à cicatrisation complète de la plaie, le repos au lit est de rigueur. La nourriture sera légère, consistant en lait, bouillon et œufs.

L'opérée ne doit pas uriner naturellement ; elle sera sondée trois ou quatre fois par jour. Si les conditions dans lesquelles se trouve la malade ne permettent pas d'assurer le cathétérisme intermittent, on laissera une sonde à demeure qui sera changée de temps en temps, si l'on constate qu'elle s'incruste de sels calcaires. La vessie au besoin sera lavée avec l'eau boriquée tiède. La question de savoir combien de temps on doit maintenir la constipation est diversement interprétée. Beaucoup de chirurgiens la prolongent jusqu'à la cicatrisation de la plaie ; d'autres administrent un léger purgatif, cinq ou six jours après l'opération et empêchent ensuite de nouveau les évacuations pendant trois ou quatre jours. La première selle sera en tout cas surveillée et au besoin aidée par un lavement huileux, avec recommandation expresse à la malade de ne pas pousser ni faire d'efforts.

La plaie sera tenue très propre. Après chaque selle elle sera lavée avec la solution de sublimé au millième. Si on observe un écoulement vaginal, on pratiquera une injection vaginale, matin et soir, avec une solution faible de sublimé.

Les fils superficiels seront enlevés au bout de huit jours, les fils profonds resteront en place douze à quatorze jours,

à moins qu'ils ne commencent à couper les tissus avant cette époque. Si on avait recours au procédé de Hegar, on enlèverait les fils périnéaux une semaine après l'opération, mais on laissera les sutures vaginales et rectales pendant quatre à six semaines.

On observera avec grande attention la température, dont l'élévation accuse plus sûrement une complication que les sensations subjectives de la malade. La hausse du thermomètre doit toujours faire craindre l'échec partiel et souvent même complet de l'opération. Il faut aussitôt examiner la plaie et on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il s'y produit un travail inflammatoire. En effet, il suffit qu'un point ne soit pas saisi par la suture, pour que le sang et la sérosité s'y accumulent, s'y corrompent et donnent naissance à un abcès, surtout lorsque les règles de l'antisepsie n'ont pas été rigoureusement observées pendant l'opération. Le pus s'écoulera vers le périnée, vers la muqueuse rectale, ou bien dans le vagin. Les bords de la plaie s'écartent alors sur une étendue plus ou moins grande et il s'établit souvent une fistule périnéale ou recto-vaginale. En tout cas, aussitôt l'accident constaté, on doit faire sauter quelques points de suture, dans l'espoir de limiter le travail inflammatoire.

Les petites fistules recto-vaginales guérissent parfois spontanément ou après une cautérisation.

Une fistule plus étendue nécessitera une opération, par un des procédés que nous avons décrits, trois semaines au moins après la périnéorrhaphie.

Récemment nous avons observé une malade atteinte de troubles nerveux très intenses à la suite d'une périnéorrhaphie que nous avons pratiquée avec notre ami le docteur Pietri. Aucun accident ne s'était produit ni pendant, ni après l'opération. Les fils avaient été retirés au bout de huit jours, la réunion immédiate était parfaite sur toute l'étendue de la plaie. La malade se leva le dix-

huitième jour complètement rétablie et sans présenter aucun trouble nerveux. Quelques jours après seulement elle accusait de fortes névralgies, des fourmillements dans tout le corps, se plaignait de dangers chimériques, pleurait sans cause.

Des faits analogues ont été relevés par plusieurs auteurs. On a même constaté des troubles cérébraux, de la manie aiguë, de la lypémanie, non seulement après des interventions abdominales, mais également à la suite des opérations sur le col de la matrice, sur le périnée, sur la vulve et même sur les seins. Au cours de récentes discussions à la Société de chirurgie sur la question des psychoses post-opératoires, on a relevé de nombreux cas nouveaux, et l'accord semble établi que les troubles nerveux et même cérébraux, heureusement assez rares, ne se produisent, comme le remarque très judicieusement Pozzi, « que chez des névropathes chez lesquelles une circonstance quelconque devait tôt ou tard amener une catastrophe imminente ».

Effectivement, dans notre cas, nous avons pu établir, d'une manière indéniable, l'existence chez la malade de troubles nerveux antérieurs. Elle a, du reste, parfaitement guéri au bout de quelques mois.

XXVIII

PÉRINÉOTOMIE

Indications. — Les périnéotomies transversale et verticale sont des opérations relativement nouvelles, dont les indications peuvent encore s'étendre dans l'avenir.

La première, qui consiste dans un dédoublement de la cloison recto-vaginale, trouve tout d'abord une application toute naturelle dans les cas de corps fibreux enclavés dans cette cloison. C'est ainsi qu'a procédé Pozzi, pour un gros fibrome dédoublant partiellement la cloison recto-vaginale. Le Fort et Marc Sée ont vu même les fibromes dédoubler la cloison dans toute sa hauteur, ce qui rendait très facile l'intervention par le périnée.

Otto Zuckerkandl a préconisé la périnéotomie transversale pour l'ablation du col utérin atteint de cancer, l'incision entre les tubérosités ischiatiques offrant une voie plus large que le vagin.

Pozzi a eu également recours à la voie périnéale dans un cas d'épithélium primitif de la partie supérieure du vagin chez une femme dont la vulve était étroite. Olshausen et Thorn ont agi de même dans des circonstances analogues.

Enfin Sänger recommande l'incision transversale du périnée pour évacuer les collections situées dans le cul-de-sac de Douglas.

La périnéotomie verticale a été préconisée par Hegar

pour atteindre les abcès situés dans les parties profondes du bassin sans ouvrir le péritoine, opération analogue à la laparotomie sous-péritonéale.

Au sixième Congrès de chirurgie, P. Michaux a proposé la voie ischio-rectale dans les fistules qu'on ne peut atteindre par le vagin, les fistules situées très haut, au niveau du col, ou cachées au fond d'un vagin rétréci, derrière une série de cicatrices.

Périnéotomie transversale. — Mêmes préparatifs que pour la périnéorrhaphie. La malade est dans la position dorso-sacrée, les jambes soutenues par deux aides ou par des tiges métalliques surmontées d'un croissant. La vulve et le pourtour de l'anus seront rasés et soigneusement antiseptisés ainsi que le vagin et le rectum. Deux doigts sont introduits dans le canal intestinal et guident l'opérateur pendant la dissection. On trace au bistouri une incision transversale allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre et qui comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Si on le juge utile, on peut ajouter aux extrémités de cette section deux petites incisions analogues à celles qu'on fait au-dessous du tracé en U, dans le procédé de périnéorrhaphie de Lawson-Tait pour les déchirures complètes. On dédouble ensuite la cloison recto-vaginale, en partie avec les doigts, en partie avec les ciseaux, plus ou moins profondément, suivant l'objet de l'opération. Lorsqu'il s'agit d'une collection purulente pelvienne ou d'un cancer de la partie supérieure du vagin, le décollement sera poursuivi jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

Périnéotomie verticale. — Nous avons déjà décrit le manuel opératoire que suit Michaux pour atteindre certaines fistules par la voie ischio-rectale. Hegar procède ainsi pour évacuer les abcès situés surtout dans la moitié postérieure de la cavité pelvienne :

Les précautions antiseptiques ordinaires étant prises, on trace une incision allant de la tubérosité ischiatique jusqu'à l'extrémité du coccyx. Sänger fait une incision plus étendue ; elle commence au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et finit à 2 centimètres en dehors de l'anus, entre cet orifice et la tubérosité ischiatique. On décolle les tissus avec les doigts et on parvient ainsi à mettre à nu une grande partie de la face inférieure du releveur de l'anus. Les vaisseaux hémorroïdaux moyens et inférieurs qu'on rencontre sont ordinairement faciles à ménager. Dans le cas contraire, si on n'a pas pu éviter de les blesser, on les liera avec de la soie fine. Pour atteindre la collection purulente, on se frayera un chemin à travers la faible couche de fibres musculaires et le tissu cellulaire lâche qui double le péritoine.

XXIX

RACCOURCISSEMENT EXTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS

Opération d'Alquié-Alexander

Indications. — Imaginée par Alquier en 1840, cette opération fut surtout recommandée par Alexander et Adams qui l'ont pratiquée presque simultanément, le premier à la fin de 1881, le second au commencement de 1882. Elle compte beaucoup de défenseurs parmi les chirurgiens français, anglais et américains. En Allemagne on y a rarement recours. L'opération d'Alexander est surtout employée contre les rétro-déviations utérines, plus rarement contre le prolapsus de la matrice. Très en vogue au début, elle nous semble actuellement avoir beaucoup perdu de son prestige. En effet, nombre de chirurgiens préfèrent, comme nous, s'adresser le plus souvent à l'hystéropexie abdominale lorsqu'il y a une indication positive pour une intervention sanglante dans les cas de rétro-déviation de l'utérus.

L'hystéropexie abdominale donne, certes, des résultats plus sûrs et plus durables que le raccourcissement des ligaments ronds. Pourtant, plus encore en chirurgie qu'en pathologie interne, il faut savoir être éclectique dans le choix des ressources thérapeutiques, et nous admettons volontiers, avec Segond, que l'opération d'Alexander n'of-

frant aucun danger, pourrait être tentée tout d'abord, réservant la gastro-fixation aux cas d'insuccès par la première intervention. Nous parlons, bien entendu, des rétroversions absolument et facilement réductibles ; celles qui sont adhérentes ne sont justiciables que de la laparotomie.

Le raccourcissement des ligaments ronds est donc indiqué dans les cas de rétrodéviation mobile douloureuse, lorsqu'on a essayé en vain tous les moyens palliatifs : réduction manuelle de l'utérus, suivie de l'application d'un bon pessaire, massage simple ou massage à deux de Thure-Brandt, etc. Comme on voit, ce sont les mêmes indications que nous avons exposées avec plus de détails à propos de vagino-fixation. En effet, ces deux opérations sont applicables dans les mêmes circonstances et peuvent se disputer la faveur du chirurgien. Nous donnons néanmoins la préférence, dans ces conditions, à l'opération d'Alexander qui ne paraît gêner ni la grossesse ni l'accouchement. On ne peut en dire autant de l'hystéropexie vaginale après laquelle on a signalé des accidents graves au moment de la délivrance. La colpo-hystéropexie sera donc plutôt réservée aux femmes ayant dépassé la ménopause.

Quant au prolapsus de l'utérus il ne pourra y être remédié uniquement par le raccourcissement des ligaments ronds que dans les cas bien exceptionnels où la matrice elle-même est notablement abaissée, et où il n'existe ni élongations hypertrophiques du col, ni procidence du vagin, ni affaiblissement ou déchirure du plancher pelvien.

Dans le cas contraire, le plus fréquent d'ailleurs, l'opération d'Alexander devra toujours être complétée par l'amputation du col et les diverses opérations plastiques sur le vagin et le périnée.

Ajoutons enfin que le raccourcissement des ligaments ronds doit toujours être précédé par un curettage destiné

à combattre la métrite concomitante. Ces diverses opérations sont exécutées dans la même séance et ne demandent guère plus d'une heure. On commence par le curettage, on fait ensuite l'amputation du col par tel ou tel autre procédé, on raccourcit les ligaments ronds et on termine par une colpopérinéorrhaphie combinée ou non à l'élytrorrhaphie antérieure.

Technique opératoire

Les soins préliminaires doivent consister dans l'antisepsie rigoureuse de la région opératoire. Le pubis et la

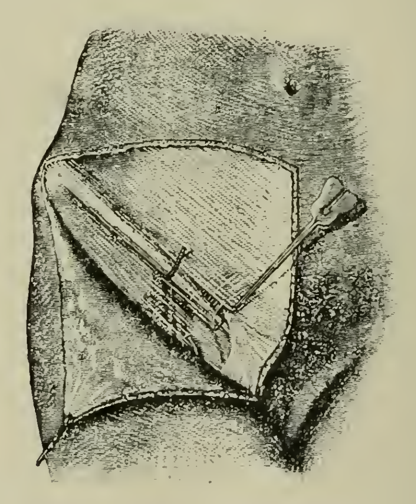


Fig. 107. — Le ligament rond au niveau de l'anneau inguinal externe.

vulve seront rasés. Les parois abdominales seront savonnées, brossées et lavées au sublimé, à l'alcool et à l'éther (fig. 107).

Isolement des ligaments ronds. — La peau étant tendue avec les doigts de la main gauche, on trace, à partir de

l'épine du pubis, une incision de 5 à 6 centimètres parallèle à l'arcade de Fallope. On divise la peau et les tissus sous-cutanés jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. On trouve ensuite facilement l'orifice externe de l'anneau inguinal, grâce à la dépression qu'on sent avec le doigt entre les deux piliers du canal. On incise dans la direction de ce canal les fibres arciformes qui relient les piliers et on tombe sur un tissu graisseux qu'accompagne le liga-

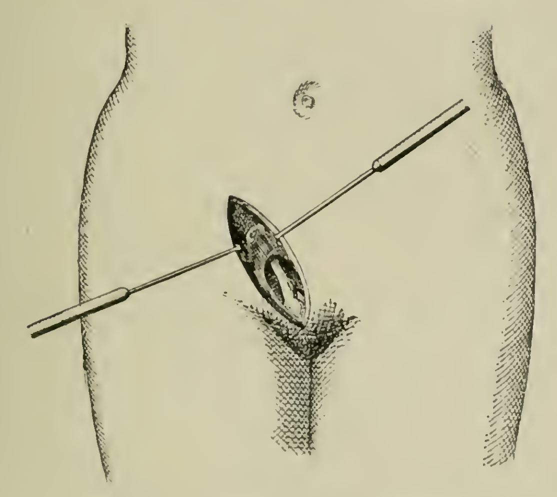


Fig. 108. — Opération d'Alquié-Alexander.
Ligament rond mis à nu (Chalot).

ment rond. On écarte la branche inguinale du nerf génito-crural et on recherche le ligament. On ne le trouve pas toujours facilement au niveau de l'orifice externe du canal inguinal vu qu'il s'éparpille à cet endroit en un faisceau de filaments. Au lieu de perdre notre temps en longues recherches, nous préférons, dans ces cas, à l'exemple d'Edebohls, de Puech, de Chalot, inciser la paroi antérieure du canal où nous sommes certain de le trouver facilement. Il se présente sous forme d'un petit cordon gris rosé qu'on saisit avec une pince hémostatique ou

avec des crochets (fig. 108). A l'aide d'une sonde cannelée et de ciseaux, on le détache des brides celluleuses qui le relient aux parois et on recouvre la plaie d'une compresse pendant qu'on va à la recherche du second ligament en procédant de la même façon. L'opération est ensuite suspendue pendant quelques instants pour permettre à un aide de redresser l'utérus.

Redressement de l'utérus. — La réduction bi-manuelle peut suffire dans la majorité des cas. Alexander conseille de la faire avec un hystéromètre. On le choisira pas trop mince pour éviter de blesser l'utérus. Pendant que l'aide procède à cette réduction, l'opérateur enlève les compresses qui recouvrent les deux plaies et attire au dehors les ligaments ronds. Bien dégagés des brides qui les relient aux parois du canal, ils se laissent amener avec une extrême facilité, presque sans traction. La sensation de résistance qu'on éprouvera à un moment donné avertira que l'utérus est enfin maintenu, ce qui sera facile à vérifier grâce à la présence de l'hystéromètre. La partie libérée de chaque ligament doit mesurer de 8 à 10 centimètres. Il n'y a pas à s'occuper de la possibilité de déchirer le péritoine entraîné par le ligament, fait qui était regardé autrefois comme un accident redoutable et auquel l'asepsie rigoureuse qui accompagne toutes nos interventions a enlevé toute importance.

Fixation des ligaments ronds. — Avant de couper la portion libérée des ligaments ronds, il faut suturer à l'orifice inguinal externe, ce qui va devenir leur extrémité après la section du bout inférieur. A cet effet, pendant qu'un aide les maintient tendus, on passe deux points de suture à la soie ou au catgut qui traversent successivement le pilier externe, le ligament rond et le pilier interne. La paroi antérieure du canal inguinal sera également

suturée pour peu qu'on ait dû l'inciser dans la recherche des ligaments. Quelques chirurgiens, au lieu de couper ensuite les ligaments ronds au-dessous du segment fixé, les pelotonnent au-devant de l'anneau inguinal pour

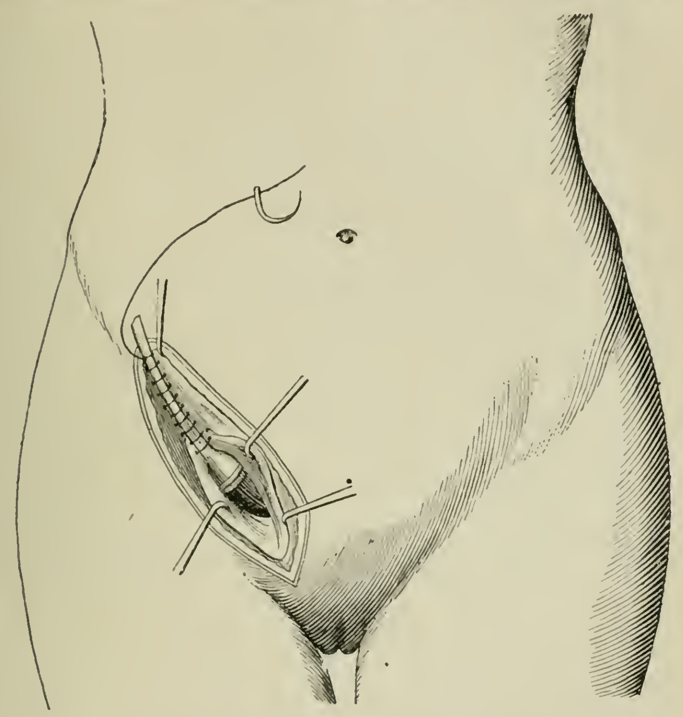


Fig. 109. — Opération d'Alquié-Alexander.
Suture du ligament rond droit (Chalot).

former une sorte de bouchon. Cette précaution nous semble inutile.

Kocher fixe le ligament rond sur l'aponévrose du muscle grand oblique, au-dessus de la moitié externe du ligament de Poupart, avec un surget de soie (fig. 109).

Suture de la peau. — Pansement. — Les lèvres de l'incision sont réunies par quelques points de suture au crin

de Florence. On pourrait également, à l'exemple de Pozzi, faire l'occlusion de la plaie par une suture continue au catgut à étages superposés, en comprenant dans le plan profond l'anneau inguinal qui se trouvera ainsi complètement fermé.

Le pansement est fait avec de la gaze iodoformée qu'on recouvre d'une épaisse couche d'ouate hydrophile. Un double spica retient le tout et produit une légère compression sur la région opératoire.

Les soins consécutifs sont très simples. Au bout de sept ou huit jours on enlève les fils. La réunion est faite et on n'a qu'à protéger, pendant quelques jours la cicatrice par une bandelette de gaze iodoformée au collodion.

Pour éviter que les ligaments ronds ne soient tiraillés par l'utérus réduit, Alexander conseille d'appliquer durant la convalescence, un pessaire de Hodge et un pessaire intra-utérin.

Nombre de chirurgiens se contentent de la compression produite sur la face antérieure du col par un tampon de gaze iodoformée laissé en place pendant quelques jours.

XXX

RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS

Indications. — L'opération d'Alquié-Alexander, comme nous l'avons vu, ne peut être employée que contre les rétrodéviations absolument mobiles. Quelques chirurgiens ont voulu l'étendre aux cas où les adhérences retiennent l'utérus dans sa position vicieuse ; ils ont été naturellement amenés à modifier sa technique, l'ouverture de la cavité abdominale devenant nécessaire pour rompre les adhérences.

Wylie et Ruggi ont été les premiers à pratiquer presque simultanément, en 1886, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Bode, Polk. Dudley ont également proposé, mais plus tard, des procédés de fixation « normale » de l'utérus. Autant que nous avons pu nous renseigner, tous ces procédés, à quelques rares exceptions près, ne sont point sortis de la pratique personnelle de leurs inventeurs. Cela est dû à ce que toutes ces nouvelles opérations sont d'une exécution plus compliquée que l'hystéropexie abdominale, tout en lui étant inférieures à plus d'un point de vue.

En effet, les ligaments ronds sont souvent très altérés dans les cas de rétrodéviation de l'utérus, leur élongation post-opératoire est très possible et ils offrent, en dehors même de toutes ces considérations, un moyen de fixation,

certes, moins solide que les larges adhérences que nous créons à volonté par l'hystéropexie abdominale.

Nous nous contenterons donc d'un bref exposé des divers procédés de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, tenant pour peu probable que l'avenir infirme notre jugement sur leur valeur.

Procédé de Wylie

Les soins préliminaires sont ceux de la gastro-hystéropexie.

La cavité abdominale étant ouverte par l'incision sur la ligne blanche, on détruit tout d'abord les adhérences péri-utérines. L'utérus étant ensuite redressé, on saisit



Fig. 110. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds; procédé de Wylie. On voit de chaque côté les deux ligaments repliés et ces replis suturés.

avec une pince à forcipressure, le ligament rond gauche en son milieu et on l'attire au niveau de la plaie. Le ligament relevé forme une anse. On gratte avec le dos d'un bistouri la séreuse qui recouvre la face interne de cette anse et on réunit les parties avivées par trois points de suture à la soie qui traversent les ligaments (fig. 110). Pour assurer l'affrontement plus exact des surfaces

avivées et produire un accolement parfait des deux parties de l'anse, on peut ajouter quelques points de suture à la soie fine. Même manœuvre sur le ligament rond droit. On obtient ainsi un raccourcissement d'environ deux à trois pouces et demi. Fermeture de la plaie abdominale.

L'auteur recommande d'appliquer ensuite un pessaire de Smith.

Procédé de Ruggi

Ce procédé ne diffère de celui de Wylie que par le mode de sutures. Au lieu de réunir les deux parties de

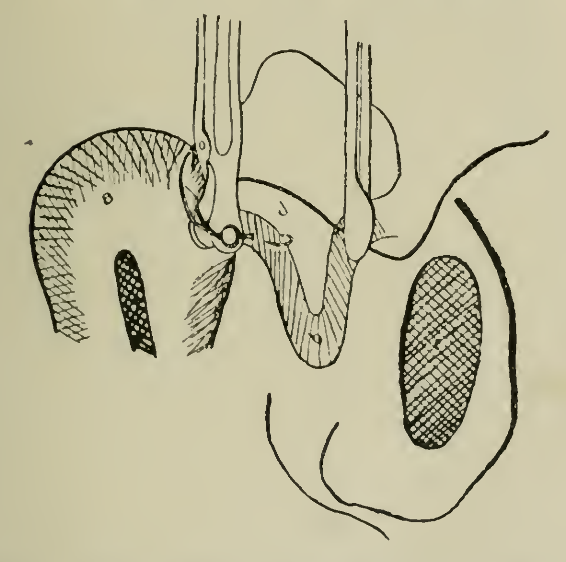


Fig. 111. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ; procédé de Ruggi.
On voit la façon dont on commence la suture, le fil étant fixé déjà.

l'anse, par des points séparés à la soie, Ruggi fait un surjet au catgut. Il place ses malades dans une position déclive analogue à celle de Trendelenburg pour refouler

le paquet intestinal vers le diaphragme. A l'aide d'une aiguille courbe armée d'un long fil de catgut, il traverse le ligament près du point de son entrée dans le canal inguinal et sur le repli péritonéal qui l'entoure, puis tout près de son extrémité utérine, toujours du même côté. En

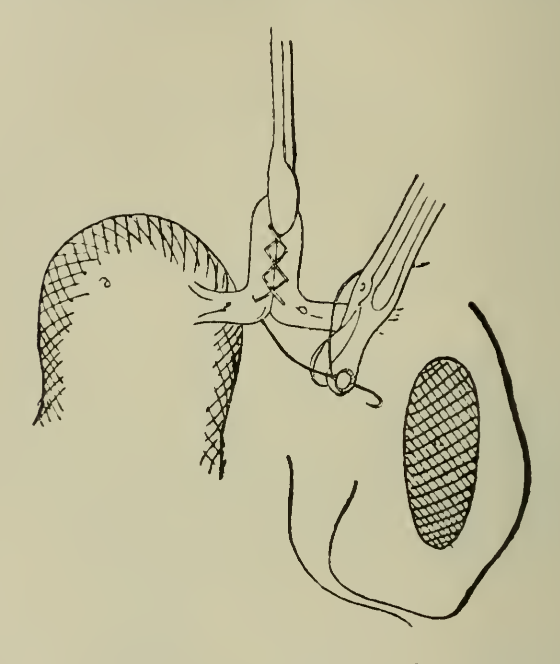


Fig. 112. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds : procédé de Ruggi. Suture, surget double.

attirant le fil, sur l'extrémité duquel on a fait préalablement un nœud, on replie le ligament comme on peut s'en rendre compte sur la figure 111. Reste à continuer la suture pour amener un accolement des deux parties de l'anse. Ruggi fait un surjet double (fig. 112). Le ligament du côté opposé est traité de la même manière.

Procédé de Polk

Une fois le ventre ouvert, il avive à trois quarts de pouce de leur extrémité utérine les ligaments ronds au niveau de leur face interne. Ceci fait, il les ramène au-devant du fond de l'utérus en les cousant en dedans ; il les réunit l'un à l'autre, au sommet de l'anse, c'est-à-dire au point avivé, à l'aide d'une suture faite avec un fil assez solide. Si le raccourcissement n'est pas suffisant après cette première ligature, il l'accentue encore, en en faisant une autre en avant de celle-ci.

Procédé de Bode

Baudouin donne ainsi la technique de Bode.

D'un côté, puis de l'autre, il prend du ligament rond, à partir de l'utérus, autant qu'il en faut pour le raccourcir de la longueur nécessaire. Il relève ensuite ce ligament, lui fait un pli, et, au point de traction, passe un fil entourant presque en entier ce ligament. Ce fil est noué une première fois, puis il traverse la corne utérine adjacente. On noue facilement les deux chefs, après avoir raccourci le ligament rond jusqu'à le tendre. Le fond de la matrice se trouve ainsi maintenu en antéflexion aussi accentuée qu'il le faut.

Procédé de Dudley

Cet auteur fait un avivement sur les côtés de la face antérieure de l'utérus, puis isole l'extrémité utérine des ligaments ronds de leur repli péritonéal et les mobilise. Les parties des ligaments rendues ainsi libres sont appliquées sur les surfaces avivées de l'utérus et y sont fixées à l'aide de plusieurs points de suture au catgut.

Procédé de Baudouin

Marcel Baudouin, dans son excellent travail sur l'hystéropexie abdominale, propose un procédé qui présente une combinaison de ceux de Bode et de Dudley. Il fait d'abord sans la nouer, une anse à coudure interne sié-

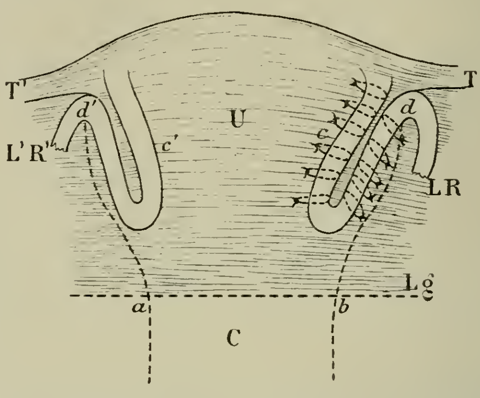


Fig. 113. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ; procédé de Baudouin. Schéma représentant à gauche l'anse de ligament formée ; à droite la même anse suturée.

U, utérus ; C, col utérin ; T, T', trompes ; LR, L'R', ligaments ronds ; *c*, *d*, *c'*, *d'*, anse des ligaments ronds ; *a*, *b*, ligne de réflexion du péritoine (cul-de-sac utéro-vésical).

geant immédiatement sur l'extrémité utérine, et la fixe ensuite par des points de suture au catgut sur la face antérieure de l'utérus. Le raccourcissement des ligaments ronds doit atteindre 10 à 12 centimètres environ. La figure que nous empruntons à cet auteur, montre bien la façon dont il opère (fig. 113).

AIDE-MÉMOIRE

DES

INSTRUMENTS NÉCESSAIRES A CHAQUE OPÉRATION

I

AMPUTATION DU COL

1° Sonde de femme en verre ou métallique.
2° Canule en verre pour irrigation.
3° Hystéromètre.
4° Deux valves courtes.
5° Deux écarteurs latéraux (*amput. sus-vaginale*).
6° Deux pinces de Museux à quatre griffes.
7° Deux pinces porte-tampons.
8° Six pinces à forcipressure.
9° Bistouris . . . . { droits. / convexes.
10° Trois paires de ciseaux. { forts droits. / forts courbes. / mousses (*amput. sus-vaginale*).
11° Aiguilles courbes . . . { de Reverdin, ou / de Deschamps, ou / de Lamblin, ou / de Hagedorn et porte-aiguille
12° Fils . . . . { de catgut, ou / de soie, ou / crins de Florence.

Fig. 114. — Tracteur à barre métallique d'Aug. Reverdin pour opérations gynécologiques.

Fig. 115. — Spéculum à traction élastique d'Aug. Reverdin. Spéculum de Cusco, dans lequel la vis de traction est remplacée par un cordon élastique.



Fig. 116. — Sonde de femme.

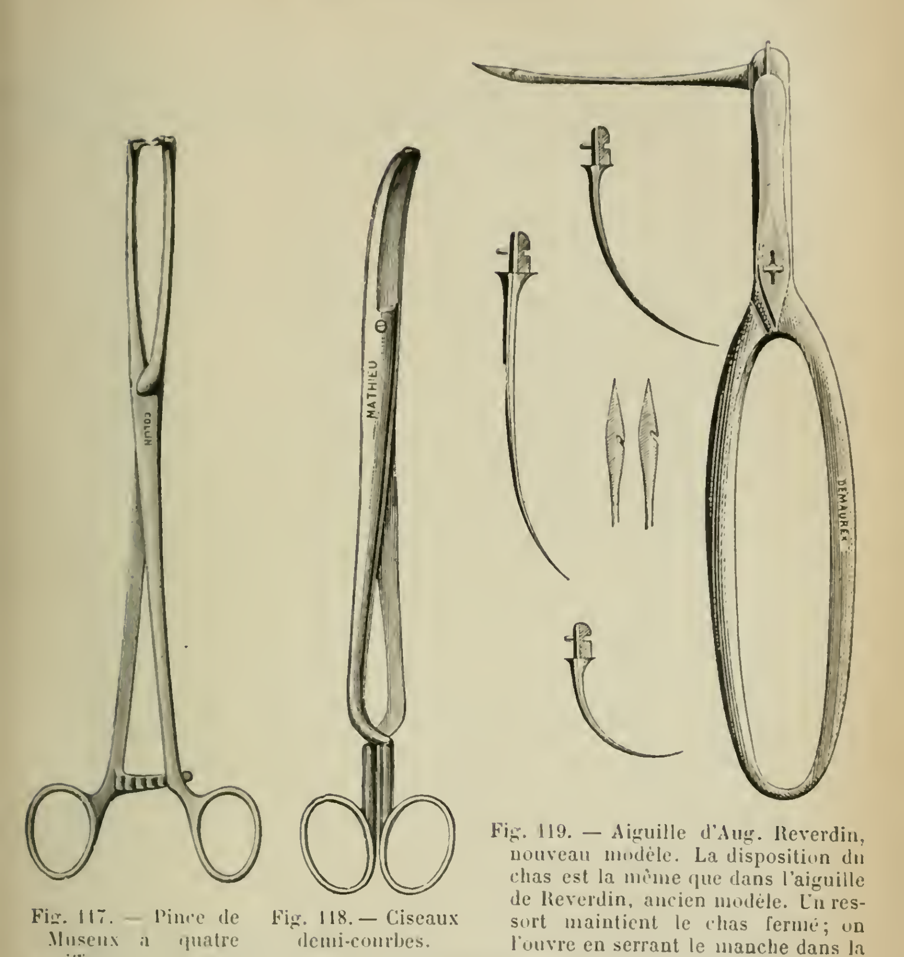


Fig. 117. — Pince de Museux à quatre griffes.

Fig. 118. — Ciseaux demi-courbes.

Fig. 119. — Aiguille d'Aug. Reverdin, nouveau modèle. La disposition du chas est la même que dans l'aiguille de Reverdin, ancien modèle. Un ressort maintient le chas fermé; on l'ouvre en serrant le manche dans la main.

Fig. 120. — Pince porte-tampons.

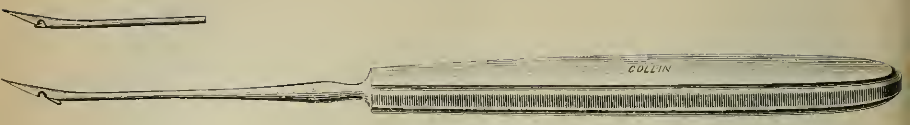


Fig. 121. — Aiguille de Lambin.

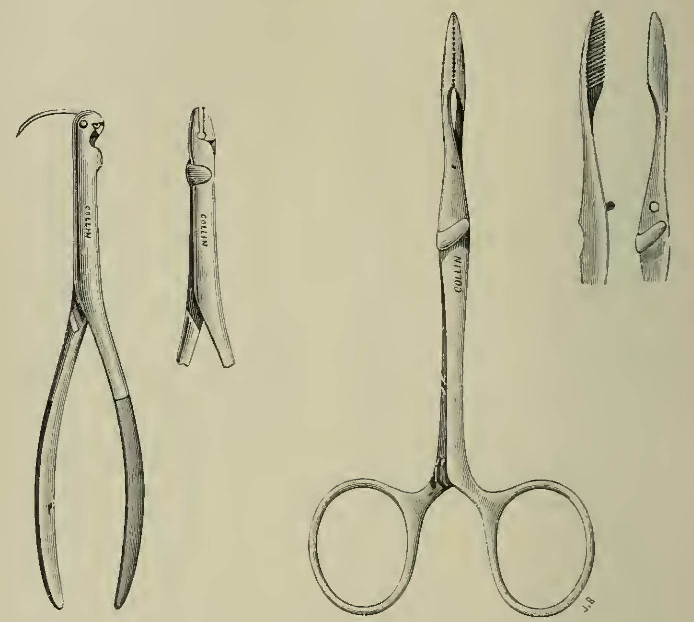


Fig. 122. — Aiguille de Hagedorn et porte aiguille de Pozzi.

Fig. 123. — Pince à forcipressure de Péan.

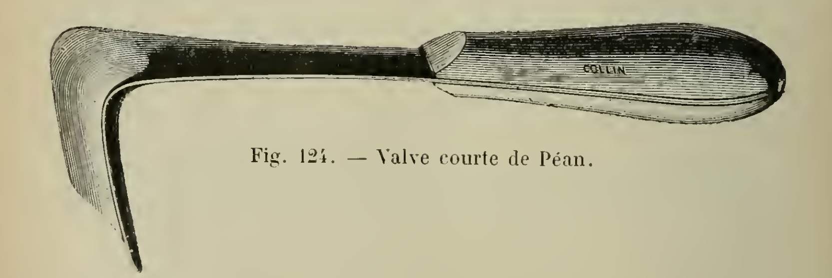


Fig. 124. — Valve courte de Péan.

II

CLOISONNEMENT DU VAGIN

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Deux valves.
4° Une pince de Museux à quatre griffes.
5° Deux pinces porte-tampons.
6° Une pince à disséquer.
7° Six pinces à forcipressure.
8° Bistouris.
9° Ciseaux mousse.
10° Aiguilles de Hagedorn et porte-aiguille.
11° Fils d'argent.
12° Sonde uréthrale en caoutchouc.

III

COLPOCLÉISIS

OBLITÉRATION DU VAGIN

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Deux valves.
4° Quatre pinces érignes monogriffes (tire-balles).
5° Pince à dissection et pince à dents de souris.
6° Six pinces à forcipressure.
7° Bistouris.
8° Aiguille de Hagedorn et porte-aiguilles.
9° La soie.
10° Sonde uréthrale en caoutchouc.

IV

COLPORRHAPHIE OU ÉLYTRORRHAPHIE ANTÉRIEURE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Une valve postérieure.
4° Une pince de Museux à quatre griffes.
5° Quatre pinces érignes monogriffes.
6° Une pince à dissection.
7° Six pinces à forcipressure.
8° Deux pinces porte-tampons.
9° Bistouris.
10° Une paire de ciseaux mousses.
11° Aiguilles de Hagedorn et porte-aiguilles.
12° Fils. . . . . { catgut, ou soie, ou crins de Florence.
13° Sonde uréthrale en caoutchouc.

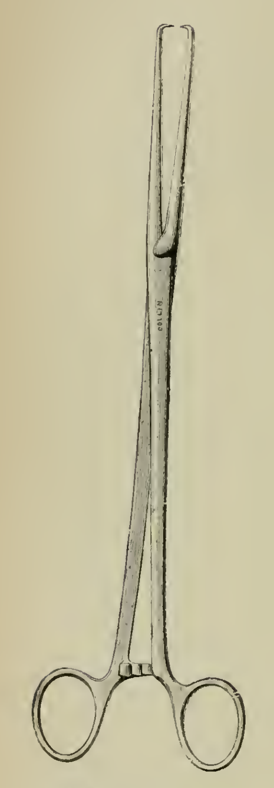


Fig. 125. — Pince érigne monogriffe, modèle tire-balles.

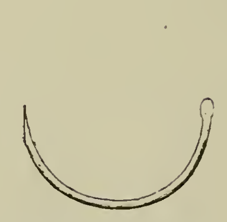


Fig. 126. — Aiguille de Hagedorn.



Fig. 127. — Porte-aiguilles de Collin.

V

COLPORRHAPHIE MULTIPLE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Deux valves longues et étroites.
4° Quatre pinces érignes monogriffes.
5° Six pinces à forcipressure.
6° Une pince à disséquer.
7° Deux pinces porte-tampons.
8° Bistouris.
9° Ciseaux mousses.
10° Aiguilles de Hagedorn et porte-aiguilles.
11° La soie.
12° Sonde uréthrale en caoutchouc.

VI

COLPO-PÉRINÉORRHAPHIE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Une valve antérieure.
4° Cinq pinces érignes.
5° Une pince à dissection.
6° Six pinces à forcipressure.
7° Quatre pinces porte-tampons.
8° Bistouris convexes.
9° Ciseaux. . . . . { droits. courbes. mousses.
10° Aiguilles de Hagedorn, porte-aiguilles.
11° Fils. . . . . { d'argent (*Hegar*). crins de Florence (*Doléris*). catgut (*Martin*).
12° Sonde uréthrale en caoutchouc.

VII

CRÉATION D'UN VAGIN ARTIFICIEL

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Bistouris.
4° Ciseaux mousses.
5° Deux pinces porte-tampons.
6° Aiguilles courbes et porte-aiguilles.
7° Catgut.
8° Un trocart, lorsqu'il existe une collection sanguine.
9° Sonde uréthrale en caoutchouc.

VIII

CURETTAGE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Hystéromètre.
4° Deux valves, dont une, périnéale, large et courte (Simon).
5° Deux pinces à griffes affrontées.
6° Une pince à mors lisses et étroits.
7° Deux pinces porte-tampons.
8° Dilatateurs . . . . de Huguier, ou de Sims, ou de Reverdin, ou d'Ellinger.
9° Bougies de Hegar, si on les préfère aux dilatateurs.
10° Curettes . . . . de Récamier-Pozzi, ou de Reverdin, à irrigation, ou de Sims, Simon, Auvard.
11° Ecouvillons de Doléris.
12° Sonde intra-utérine . . de Doléris, ou de Colin, ou de Bozeman-Fritsch.
13° Seringue de Braun, si on désire faire une injection de teinture d'iode ou de perchlorure de fer.

Fig. 128. — Dilatateur-sonde intra-utérine d'Aug. Reverdin.

Fig. 129. — Dilatateur de Huguier.



Fig. 130. — Bougie de Hegar.

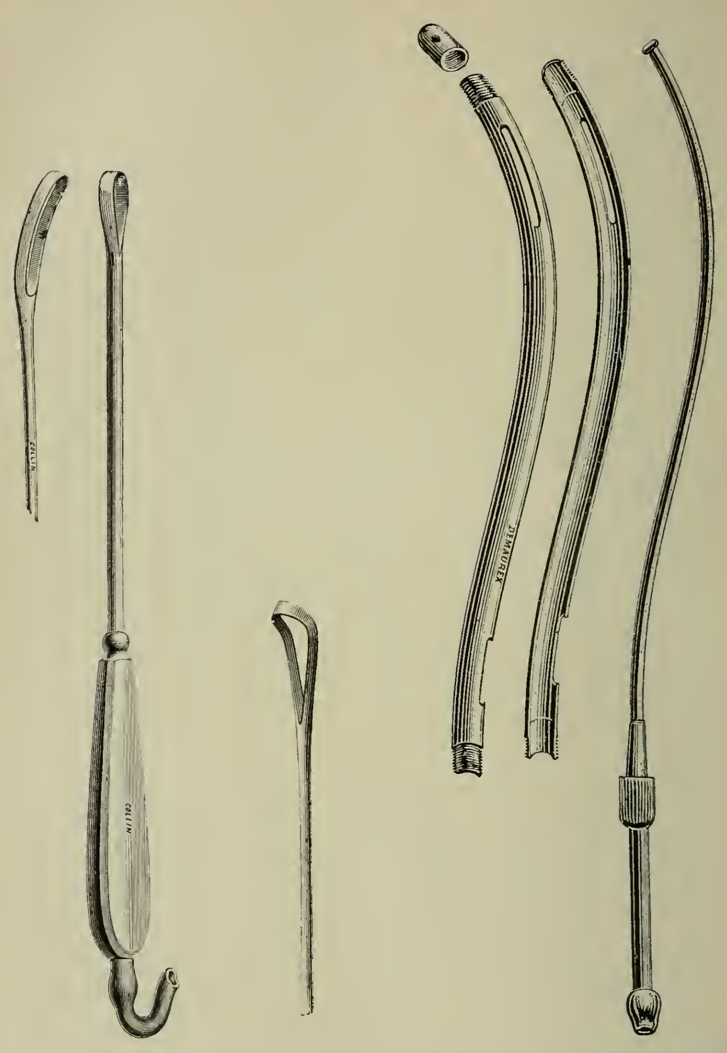


Fig. 131. — Curette d'Auvard.

Fig. 132. — Curette de Sims.

Fig. 133. — Sonde intra-utérine de Fritsch.

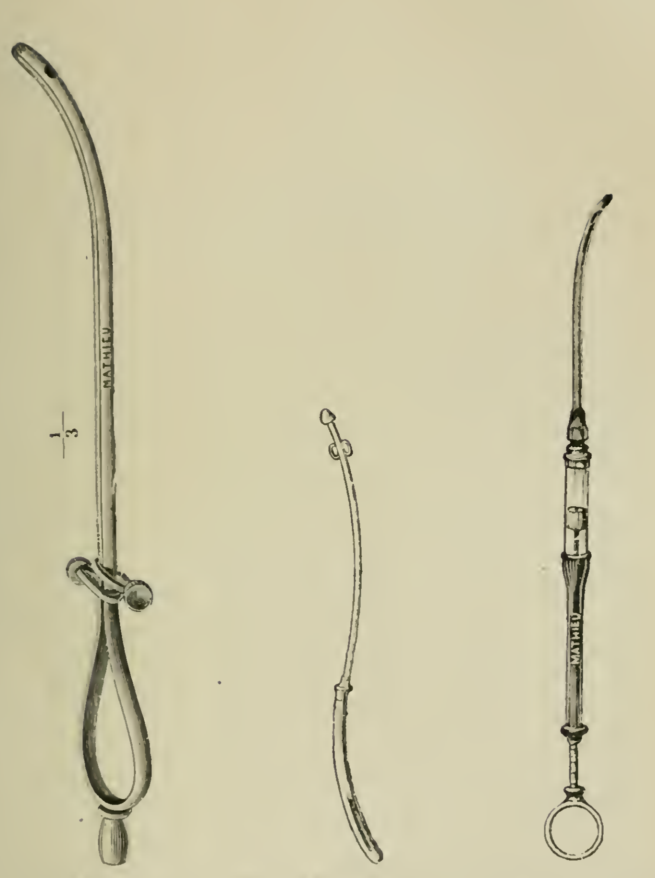


Fig. 134. — Sonde de Doléris.

Fig. 135. — Sonde à injections intra-utérines de Bozemann-Fritsch.

Fig. 136. — Seringue de Braun.

IX

DÉBRIDEMENT DE LA VULVE

SECTION DU SPHINCTER VAGINAL

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Bistouris.
4° Ciseaux. . . . . { droits. / courbes.
5° Pince à dissection.
6° Aiguilles courbes et porte-aiguilles.
7° Fils. . . . . { d'argent, ou / crins de Florence
8° Sonde uréthrale en caoutchouc.

X

ÉLYTROTOMIE

A. *Elytrotomie transversale (procédé de Laroyenne).*

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Trocart de Laroyenne.
4° Métrotome de Simpson.
5° Deux pinces porte-tampons.
6° Deux valves.

B. *Elytrotomie verticale interligamentaire.*

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Une valve large et courte.
4° Deux écarteurs latéraux.
5° Une pince de Museux.
6° Deux pinces porte-tampons.
7° Bistouris.
8° Aiguilles courbes et porte-aiguilles.
9° Fils de soie.
10° Drain double en croix.



Fig. 137. — Trocart du professeur Laroyenne.



Fig. 138. — Canule du trocart Laroyenne.

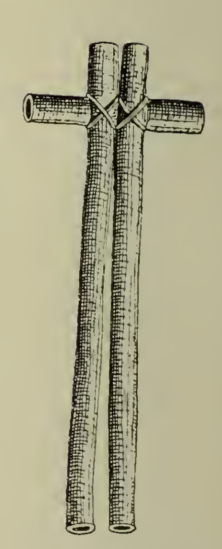


Fig. 139. — Drain double en croix.

XI

ÉNUCLÉATION DES CORPS FIBREUX

A. *Par la voie vaginale*[1].

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Hystéromètre.
4° Deux valves larges.
5° Deux écarteurs latéraux.
6° Six pinces de Museux à quatre dents.
7° Quatre pinces de Museux à six dents et quatre pinces porte-tampons.
8° Huit pinces longuettes ordinaires.
9° Six pinces longuettes grandes.
10° Énucléateurs. . . . { de Pozzi, ou de Sims, ou d'Emmet.
11° Bistouris ordinaires.
12° Bistouris longs . . { droit. courbe.
13° Ciseaux ordinaires.
14° Ciseaux longs . . . { droits. courbes.
15° Bougies de Hegar (*fibromes sous-muqueux*).

(1) Voyez également *Myomotomie vaginale par morcellement.*

16° Aiguilles. . . . . . { de Reverdin, ou
de Deschamps, ou
de Hagedorn et porte-aiguilles.

17° Fils de soie.

B. *Par la voie abdominale.*

1° Sonde de femme.
2° Bistouris.
3° Ciseaux . . . . . . { droits.
courbes.
4° Douze pinces à forcipressure.
5° Six pinces longuettes.
6° Quatre pince porte-tampons.
7° Deux pinces à dissection et une à dents de souris.
8° Spatules . . . . . . { droite.
courbe.
9° Un cordon plein en caoutchouc.
10° Aiguilles. . . . . . { de Reverdin.
de Deschamps.
de Hagedorn et porte-aiguilles.
11° Fils . . . . { de soie.
catgut.
crins de Florence.
12° Une sonde cannelée.
13° Drain en croix.



Fig. 140. — Spatule.

XII

EXTIRPATION DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Bistouris.
4° Ciseaux . . . . { droits. / courbes.
5° Sonde cannelée.
6° Douze pinces à forcipressure.
7° Deux pinces à dissection.
8° Aiguilles . . . . { de Reverdin, ou / de Deschamps, ou / de Lamblin.
9° Catgut.
10° Sonde uréthrale en caoutchouc.

XIII

EXTIRPATION DES POLYPES

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Bistouris.
4° Ciseaux ordinaires.
5° Ciseaux longs. . . . . . { droits. / courbes.
6° Une pince à pansement utérin à mors cannelés (*polype muqueux*).
7° Deux pinces de Museux à griffes.
8° Deux pinces à tumeur de Collin.
9° Six pinces à forcipressure.
10° Deux pinces porte-tampons.
11° Quatre longues pinces hémostatiques.
12° Bougies de Hegar (*polypes intra-utérins*).

XIV

FISTULES DU VAGIN

VÉSICO-VAGINALES, URÉTHRO-VAGINALES, URETÈRO-VAGINALES, RECTO-VAGINALES

1° Sonde de femme métallique.
2° Canule à irrigation.
3° Deux valves, dont une de Simon.
4° Deux écarteurs latéraux.
5° Deux pinces de Museux à quatre griffes.
6° Quatre pinces érignes monogriffes.
7° Une pince à dissection.
8° Deux pinces à dents de souris.
9° Deux pinces porte-tampons.
10° Six pinces à forcipressure.
11° Quatre crochets. . . . . { Deux mousses. Deux aigus.
12° Un long stylet.
13° Deux spatules.
14° Bistouris . . . . { droit. convexe. coudé.
15° Ciseaux. . . . . { droits de Sims. courbes.
16° Aiguilles . . . . { de Reverdin. de Hagedorn et porte-aiguilles.

17° Tord-fils . . . . { de Denonvilliers, ou de Coghill.

18° Tubes de Galli.

19° Pince à écraser les plombs.

20° Fils. . . . . { d'argent. catgut. crins de Florence.

21° Sonde uréthrale en caoutchouc.

C B A

$\frac{2}{5}$

D

Fig. 141. — Bistouris à fistule vésico-vaginale.

Fig. 142. — Petites plaques de plomb; l'une simplement trouée, l'autre déjà arrêtée par des grains de plomb enserrant des fils.

B A

Fig. 143. — Tord-fil de Denonvilliers.

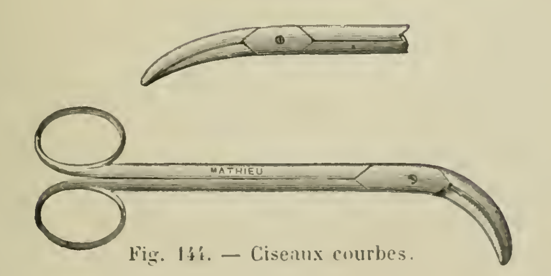


Fig. 144. — Ciseaux courbes.

XV

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

1° Sonde de femme.
2° Deux écarteurs des parois abdominales.
3° Bistouris.
4° Ciseaux forts. . . . . . { droits. courbes. mousses.
5° Deux sondes cannelées.
6° Spatule, énucléateur.
7° Douze pinces à forcipressure ordinaires.
8° Six pinces porte-tampons.
9° Huit pinces longuettes. { Quatre droites. Quatre courbes.
10° Deux pinces à dissection.
11° Deux pinces à dents de souris.
12° Deux trocarts de grandeur différente.
13° Aspirateur . . . . { de Dieulafoy, ou de Potain.
14° Thermocautère.
15° Cordon plein en caoutchouc.
16° Aiguilles mousses à grande courbure.
17° Aiguilles . . . . { de Reverdin. de Deschamps à long manche.

18° Fils . . . . d'argent. catgut. soie. crins de Florence.

19° Drains en croix.

20° Deux broches et pince coupante (*méthode extra-péritonéale*).

21° Ligateur de Pozzi, si on le préfère à la pince clamp.

22° Tire-bouchon ou appareil suspenseur de Reverdin avec pince à tumeur.

Hystérectomie abdomino-vaginale.

23° Hystéromètre.

24° Deux valves courtes.

25° Deux écarteurs longs droits.

26° Quatre pinces de Museux à quatre griffes.

27° Quatre à six pinces à ligaments larges.

28° Sonde uréthrale en caoutchouc.

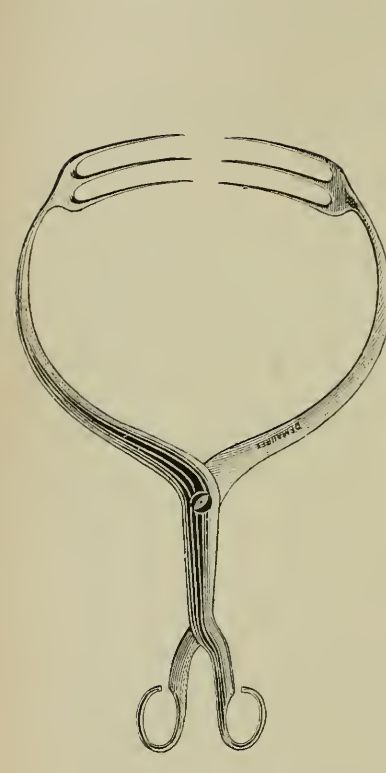


Fig. 145. — Pince à tumeur d'Aug. Reverdin.



Fig. 146. — Aiguille mousse, à deux chas. d'Aug. Reverdin, pour faciliter l'application de plusieurs ligatures sur le pédicule des tumeurs.

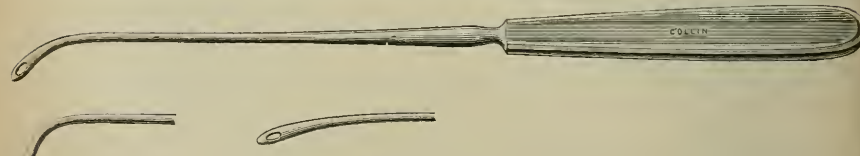


Fig. 147. — Aiguille mousse de Terrier.

XVI

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Deux valves courtes.
4° Deux écarteurs latéraux.
5° Deux écarteurs longs, à angle droit.
6° Quatre pinces de Museux à quatre griffes.
7° Quatre pinces de Museux à six griffes.
8° Douze pinces longuettes droites et courbes.
9° Six pinces à ligaments larges (Péan, Richelot, Doyen).
10° Quatre pinces à cadre . { Deux plates. / Deux à pointes.
11° Six pinces porte-éponges.
12° Bistouris ordinaires.
13° Bistouris longs . . . . . { droit. / courbe.
14° Ciseaux ordinaires.
15° Ciseaux longs. . . . . . { droits. / courbes.
16° Aiguilles courbes de Deschamps.
17° Fils de soie.
{ *Hystérectomie par le procédé des ligatures.* (16°–17°)
18° Sonde uréthrale en caoutchouc.

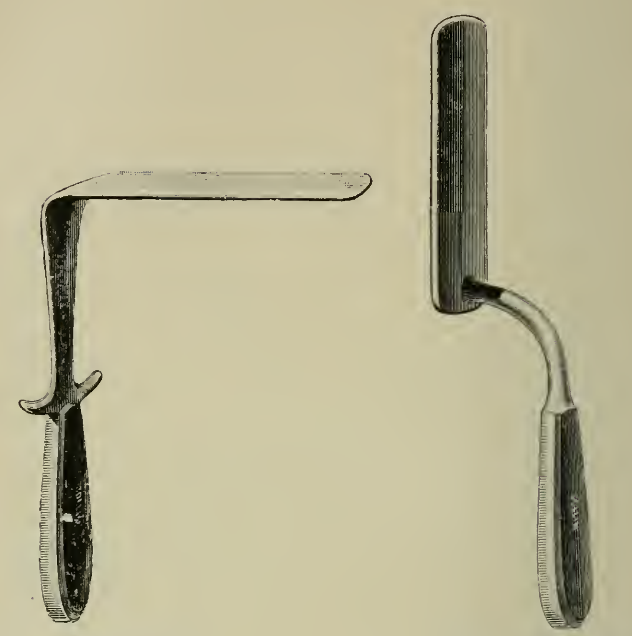


Fig. 148. — Long écarteur coudé de Péan.

Fig. 149. — Long écarteur contre-coudé de Péan.



Fig. 150. — Pince à griffes, à coulant de Vuillet, susceptibles de recevoir sur le même manche des érignes, à une ou plusieurs dents.



Fig. 151. — Bistouri long, droit.

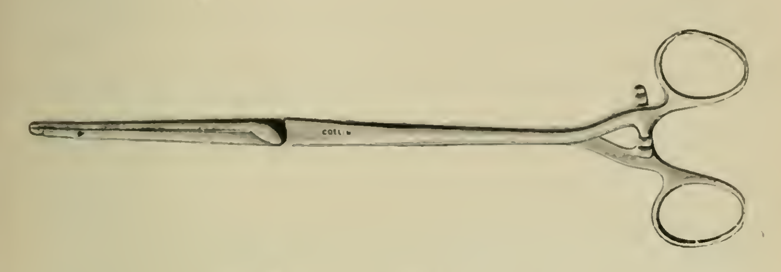


Fig. 152. — Longuette à mors droit.



Fig. 153. — Longuette à mors courbe.

Fig. 154. — Longuette, pince-clamp, à mors court.

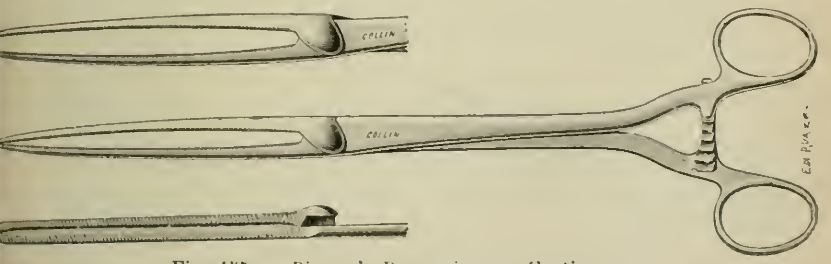


Fig. 155. — Pince de Doyen à mors élastiques.



Fig. 156. — Pince pour corps fibreux de Collin.

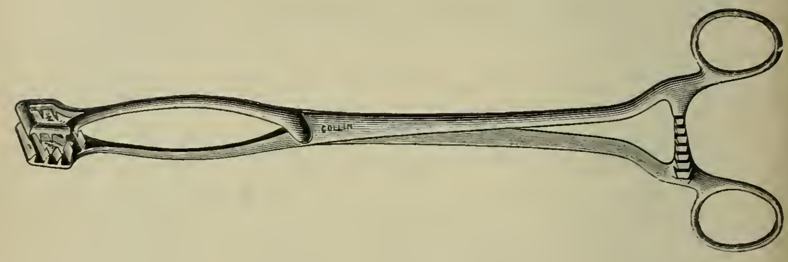


Fig. 157. — Pince à cadre.



Fig. 158. — Pince plate à cadre pour saisir les ovaires et les trompes.

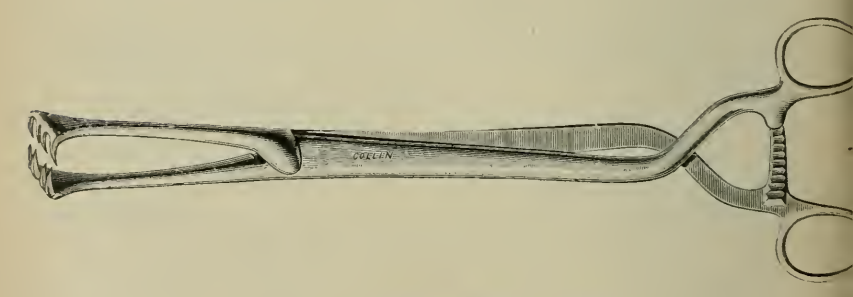


Fig. 159. — Pince de Museux à 6 griffes.

XVII

HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE SACRÉE

1° Sonde de femme.
2° Bistouris ordinaires.
3° Bistouris à résection.
4° Rugines. . . . . { droite. / courbe.
5° Cisaille de Liston.
6° Pince gouge.
7° Davier droit.
8° Spatules.
9° Sonde cannelée.
10° Pince à disséquer.
11° Pince à dents de souris.
12° Pinces à forcipressure ordinaires.
13° Écarteurs longs.
14° Pinces de Museux.
15° Pinces longuettes.
16° Pinces porte-tampons.
17° Ciseaux longs. . . . . . { droits. / courbes.
18° Bistouris longs. . . . . { droit. / courbe.
19° Aiguilles. . . . . { courbes à long manche de Deschamps, de Reverdin.
20° Fils de soie, catgut, crins de Florence.
21° Sonde uréthrale en caoutchouc.

XVIII

HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

GASTRO-HYSTÉROPEXIE

1° Sonde de femme.
2° Deux écarteurs des parois abdominales.
3° Bistouris.
4° Ciseaux forts.
5° Douze pinces à forcipressure ordinaires.
6° Quatre pinces porte-tampons.
7° Une pince tire-balles.
8° Sonde cannelée.
9° Pince à dissection.
10° Pince à dents de souris.
11° Aiguilles . . . . { de Deschamps. de Reverdin. de Hagedorn et porte-aiguilles.
12° Fils. . . . . { soie. catgut. crins de Florence.
13° Thermocautère.

XIX

HYSTÉROPEXIE VAGINALE

COLPO-HYSTÉROPEXIE

1° *Instruments pour curettage.*

2° Quatre pinces tire-balles, dont deux pouvant être avantageusement remplacées par deux écarteurs à érignes de Pichevin.

3° Bistouris.

4° Ciseaux. . . . . { droits. courbes. mousses.

5° Écarteur long et étroit, à angle droit.

6° Hystéromètre courbe (Hyst. à double courbure de Pichevin).

7° Aiguilles . . . . { courbes ordinaires. courbes en hameçon.

8° Fils. . . . . { soie. catgut. crins de Florence.

9° Sonde urétrale en caoutchouc.

XX

LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

1° Sonde de femme.
2° Bistouris.
3° Ciseaux forts . . . . . . { droits. / courbes.
4° Sonde cannelée.
5° Écarteurs des parois abdominales.
6° Douze pinces à forcipressure ordinaires.
7° Six pinces porte-tampons.
8° Pince à dissection.
9° Pince à dents de souris.
10° Aiguilles . . . . { à manche. / de Hagedorn et porte-aiguille.
11° Fils. . . . . { de soie. / catgut. / crins de Florence.
12° Thermocautère.

XXI

LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Bistouris ordinaires et boutonnés.
4° Ciseaux forts.
5° Sonde cannelée.
6° Ecarteurs des parois abdominales.
7° Douze pinces à forcipressure ordinaires.
9° Trocart ou pince de Wölfler.
10° Drains.
11° Catgut, soie.

XXII

MYOMECTOMIE

1° Sonde de femme.
2° Bistouris.
3° Ciseaux forts.
4° Sonde cannelée.
5° Écarteurs des parois abdominales.
6° Douze pinces à forcipressure ordinaires.
7° Six pinces longuettes courbes.
8° Six pinces porte-tampons.
9° Pince à dissection.
10° Pince à dents de souris.
11° Aiguilles . . . . { à manche. / de Hagedorn et porte-aiguille
12° Fils. . . . . { soie. / catgut. / crins de Florence.
13° Thermocautère.
14° Lien élastique (cordon plein en caoutchouc).

XXIII

MYOMOTOMIE VAGINALE PAR MORCELLEMENT

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Bistouris ordinaires.
4° Bistouris longs. . . . . { droits. / courbes.
5° Ciseaux forts ordinaires.
6° Ciseaux longs . . . . . { droit. / courbe.
7° Deux valves.
8° Deux écarteurs latéraux.
9° Deux écarteurs longs, à angle droit.
10° Six pinces de Museux à quatre griffes.
11° Quatre pinces de Museux à six griffes.
12° Six pinces à plateau fenêtré avec pointes.
13° Douze pinces longuettes ordinaires.
14° Six pinces longuettes fortes.
15° Quatre pinces longuettes dentées.
16° Énucléateurs.
17° Crochets.
18° Six pinces porte-tampon.
19° Aiguilles à manche.
20° Fils de soie, catgut.
21° Sonde uréthrale en caoutchouc.

XXIV

OOPHORO-SALPINGOTOMIE ABDOMINALE

ABLATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Écarteurs des parois abdominales.
4° Bistouris.
5° Ciseaux forts. . . . . . { droits. courbes. mousses.
6° Sonde cannelée.
7° Douze pinces à forcipressure ordinaires.
8° Six pinces porte-tampon.
9° Pinces longuettes, ou clamp-cautère de Hegar.
10° Pince à disséquer.
11° Pince à dents de souris.
12° Aiguille mousse à manche.
13° Aiguilles . . . . { à manche : de Reverdin, de Deschamps, etc. de Hagedorn et porte-aiguilles.
14° Fils. . . . . { soie. catgut. crins de Florence.
15° Thermocautère.
16° Aspirateurs. . . . . . . { de Dieulafoy, ou de Potain.
17° Sonde uréthrale en caoutchouc.

XXV

OOPHORO-SALPINGOTOMIE VAGINALE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Deux larges valves.
4° Deux pinces de Museux à quatre griffes.
5° Bistouris.
6° Ciseaux forts . . . . . . droits. / courbes.
7° Douze pinces à forcipressure à manche long.
8° Quatre pinces porte-tampons.
9° Deux pinces longuettes courbes.
10° Aiguille mousse à manche.
11° Aiguilles . . . . à manche : de Reverdin, de Deschamps, etc. / de Hagedorn et porte-aiguilles.
12° Fils. . . . . soie. / catgut.
13° Thermocautère.
14° Double drain en croix.
15° Sonde uréthrale en caoutchouc.

XXVI

OVARIOTOMIE ABDOMINALE

1° Sonde de femme.
2° Écarteurs des parois abdominales.
3° Bistouris ordinaires et boutonnés.
4° Ciseaux forts . . . . . . { droits. courbes. mousses.
5° Sonde cannelée.
6° Douze pinces à forcipressure ordinaires.
7° Six pinces porte-tampons.
8° Six pinces longuettes droites et courbes.
9° Deux pinces à kyste de Nélaton ou de Reverdin.
10° Pince à dissection.
11° Pince à dents de souris.
12° Gros trocart pour kyste et tube en caoutchouc.
13° Aiguille mousse à manche.
14° Aiguilles. . . . . { à manche. de Hagedorn et porte-aiguilles.
15° Fils . . . . { catgut. crins de Florence.
16° Thermocautère.
17° Drains.
18° Sonde uréthrale en caoutchouc.

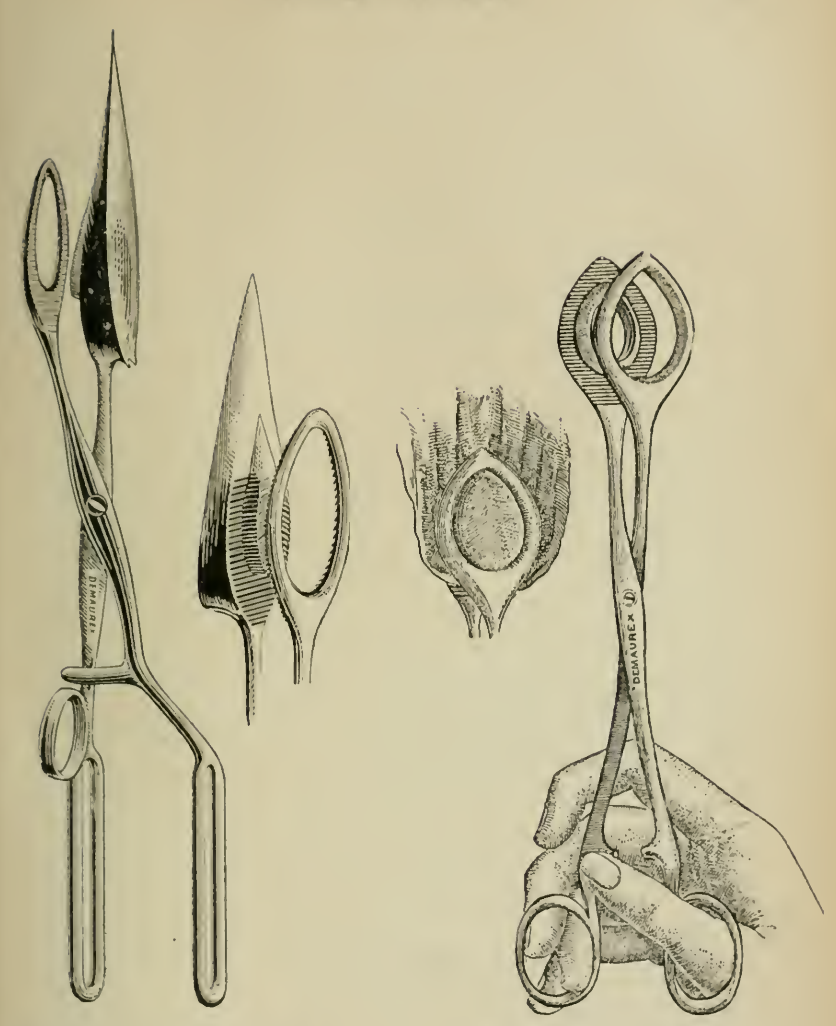


Fig. 160. — Pince trocart d'Aug. Reverdin, pour l'ovariotomie, permettant de faire la ponction et de saisir les parois du kyste en un seul temps. L'un des mors est terminé par une lame concave, en fer de lance, qui dirige le jet du liquide et l'empêche de couler dans la cavité péritonéale.

Fig. 161. — Pince à kyste.

XXVII

OVARIOTOMIE VAGINALE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Deux larges valves.
4° Deux pinces de Museux à quatre griffes.
5° Bistouris.
6° Ciseaux forts . . . . . . { droits. / courbes.
7° Douze pinces à forcipressure à manche long.
8° Six pinces porte-tampons.
9° Six pinces longuettes droites et courbes.
10° Aiguille mousse à manche.
11° Aiguilles . . . . { à manche : de Reverdin, de Deschamps, etc. / de Hagedorn et porte-aiguilles.
12° Fils . . . . { soie. / catgut.
13° Thermocautère.
14° Drain double en croix.
15° Trocart à kyste.
16° Deux pinces à kyste de Nélaton ou de Reverdin.
17° Sonde uréthrale en caoutchouc.

XXVIII

PÉRINÉORRHAPHIE

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Deux pinces tire-balles.
4° Six pinces à forcipressure ordinaires.
5° Bistouris.
6° Ciseaux ordinaires, mousses.
7° Ciseaux coudés d'Emmet ou de Roux.
8° Pince à dents de souris.
9° Aiguilles courbes . . . { à manche (Emmet). de Hagedorn et porte-aiguilles.
10° Fils. . . . . { argent. soie. catgut. crins de Florence.
11° Tubes de Galli.
12° Pince à écraser les plombs.
13° Tord-fils . . . . { de Denonvilliers, ou de Coghill.
14° Sonde urétrale en caoutchouc.

XXIX

PÉRINÉOTOMIE

(Voir *Énucléation des fibromes, amputation du col, fistules.*)

1° Sonde de femme.
2° Canule à irrigation.
3° Bistouris ordinaires, boutonnés.
4° Ciseaux forts, ordinaires et mousses.
5° Sonde cannelée.
6° Écarteurs
7° Six pinces à forcipressure ordinaires.
8° Six pinces porte-tampons.
9° Drains.
10° Catgut, soie.
11° Sonde urétrale en caoutchouc.

XXX

RACCOURCISSEMENT EXTRA-ABDOMINAL
DES LIGAMENTS RONDS
OPÉRATION D'ALQUIÉ-ALEXANDER

1° Sonde de femme.
2° Bistouris.
3° Ciseaux.
4° Six pinces à forcipressure ordinaires.
5° Pince à disséquer.
6° Pince à dents de souris.
7° Sonde cannelée.
8° Hystéromètre.
9° Aiguilles à manche : de Reverdin, de Lamblin, etc.
10° Fils. . . . . { soie, catgut, crins de Florence.

XXXI

RACCOURCISSEMENT INTRA-ABDOMINAL DES LIGAMENTS RONDS

1° Sonde de femme.
2° Deux écarteurs des parois abdominales.
3° Bistouris.
4° Ciseaux forts.
5° Douze pinces à forcipressure ordinaires.
6° Quatre pinces porte-tampons.
7° Une pince tire-balles.
8° Pince à dissection.
9° Pince à dents de souris.
10° Sonde cannelée.
11° Aiguilles . . . . { de Deschamps. / de Reverdin. / de Hagedorn et porte-aiguilles. }
12° Fils. . . . . { soie. / catgut. / crins de Florence. }
13° Thermocautère.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Amiot. — Du traitement du pédicule après l'hystér. par la voie abdominale. *Thèse* de Paris, 1883.

Amussat. — Hystérectomie vaginale, 1842. *Mémoires princeps.*

Anderson. — On the surgical treatment of uterine fibroides... *Méd. Record*, janv. 1895.

Angelesco. — Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus. *Thèse* de Paris, 1897.

Apostoli. — Sur un nouveau traitement de la métrite chr., et en particulier, l'endométrite par la galvanocaustique chim. intra-utérin. Paris, 1887.

Aran. — Leçons cliniques sur les mal. de l'utérus et des annexes, Paris, 1860.

Arbeuckle. — Inversion de l'utérus. *Lancet*, 26 décembre 1886.

Arrizabalaga. — Colpohystéropexie antérieure. *Thèse* de Paris, 1894.

Ascher. — Zur Casuistik des Myomoperat. *Zeitch für Geb. und Gyn.*, 1891, XXII.

Ashton. — The treatment of fibroid tumors of the utérus *The New-York med. Journ.*, fév. 1896.

Assaki. — La suture à trois étages dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. *Ann. de mal. génito-urinaires*, Paris, 1896, p. 1072-1079.

Atlee W.-L. — Prize essay the surgical treatement of certain fibroid. tumors of the utérus. *Trans. Amer. Med. Ass.*, p. 547, 1853.

— Removal of a fibroid tumour of the uterus by gastrotomy, *Amer. journ. of med. Sciences*, p. 301, avril 1845.

Auvard. — Traité de gynécologie, Paris, 1892.

Backer-Brown. — The surgical diseases of women. Londres, 1866.

Baigue. — Fistules urétro-vaginales, *Thèse* de Paris, 1895.

Baldy. — Com. au Pan Amer. med. congress. *Amer. journ of Obst.*, nov. 1893.

Bantock. — Supra vag. hyst. for fibroid. *British. Gyn. jour.*, p. 78. 1889.

Bar. — Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement. *Thèse d'agrég.* Paris, 1886.

Bardenheuer. — Die Drainirung der Peritonealhœle. Stuttgart, 1881.

Barié (E.). — Étude sur la ménopause. *Thèse.* Paris, 1877.

Barnes (R.). — Traité clin. des malad. des femmes. Trad. franç. Paris, 1876.

Baudouin (M.). — Hystéropexie abdominale antérieure, etc., Paris, 1890.

— L'asepsie en chirurgie. *Gaz. des hôp.*, 29 août 1891, nº 100.

— Laparo-hystéropexie pour prolapsus utérin. *Progrès méd.*, nº 31. 1899.

Baudron (Em.). — De l'hystérectomie vaginale, Paris, 1895.

Bazy. — Rapport sur l'opération de Chaput. *Bull. de Soc chir.*, mai 1893.

— Ann. des mal. des org. génito-urin., juillet 1894.

Bear. — Supra vaginal hyst. with. ligature of the cervix. A new method. *Amer. journ. of Obst.*, 1892, XXVI, p. 489-504.

Beigel (H.). — Krankheit des Weib. Geschlechts, 1875.

Bennet. — Traité pratique de l'inflam. de l'utérus, Paris, 1850.

Bérard (A.). — De l'oblitération du vagin appliquée au traitement de la fistule vésico-vaginale, etc. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1845, t. L, p. 407.

Berger. — Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération cicatricielle de l'orifice vésical de l'urèthre. (Guérison.) *Ann. de Gynéc. et d'Obst.* Paris, 1897, p. 177.

Bartholin. — De ovariis mulierum et generationis historia. Leyde.

Berryer. — De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétroversions utérines, etc. *Thèse.* Lyon, 1895.

Besselmaan. — Sur la méthode de Chroboch. *Central fur Gyn.* 21 nov. 1891.

— Sur la méthode de Bozeman. *France médicale*, 13 et 17 mai 1875.

Beurnier. — Ligaments ronds de l'utérus. *Thèse*. Paris, 1886.

Billroth et Luecke. — Traité de chirurgie.

— Vien. med. Woch., mars 1876, nº 1 et 2 ; 1877, nº 40.

Blanc (E.). — De l'inflam. péri-utérine avec épanchement chronique. *Thèse de Lyon*, 1887.

Bland-Sutton. — Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes. Londres, 1891.

Bœckel (J.). — Des indications de l'hystér. vaginale en dehors du cancer de l'utérus. *Gazette médicale de Strasbourg*. nºs 10 et 11, 1892.

Boiffin. — Tumeurs fibreuses de l'utérus, Paris, 1891.

Boldt. — The operative Treatment of fibromyoma of the uterus *Amer. Journ. of Obst.*, p. 832, 1893.

— *New-York Med. Monatschr.*, p. 392, 1894.

Bonanno. — Di un nuovo klamp nella isterectomia pr fibriomiomi. *Gazetta med. di Roma*. 1890. XVI, p. 449-458.

Bonnecaze. — Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe. *Thèse*, Paris. 1889.

Bonnet et Petit. — Traité pratique de gynécologie. Paris. 1894.

Bonnet. — Traitement chirurgical des fibromes utérins *Nouv. Archives d'Obst. et de Gyn.*, juin 1892).

Boraud. — Étude sur la périnéorraphie. *Thèse*, Paris. 1879.

Bossi. — Extirpation totale. *Gaz. de osp.* Napoli, p. 551, 1891.

Bouilly. — *Congrès de chirurg.*, Paris. 1891, 1893. 1897.

— De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*. 1893, t. XIX.

Bourdon (E. . — Des anaplasties périnéo-vaginales. *Thèse*, Paris, 1875.

Boutan. — Cystotomie sus-pubienne. *Thèse*, Paris, 1893.

Brennecke. — Ein Wort über die Schroëder'sche Method der Myomotomie. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, p. 67, 1891.

Breton. — De la bartholinite. *Thèse*, Strasbourg, 1861.

Briggs. — Uterine calculus ; removal of astone filling the entire. Uterine cavity. Saint-Louis, med. et surg., 1886, p. 209-211.

Broca (P.). — Traité des tumeurs, Paris, 1869.

Brouardel. — De la tuberculose des organes génitaux de la femme. *Thèse*, Paris, 1865.

Brown. — Abdominal hysterectomy for pyosalpinx, and diffused metritis with purulent infiltration. *Chicago, Th. Times*, 1893.

Browkillo. — De l'extirpation partielle des polypes utérins volumineux. *Thèse*, Paris, 1881.

Byford. — Choice of radical operations for the cure of uterine fibroïds. *Chicago. Med Recorder*, p. 376, 1894.

Cabot. — Twenty five cases of laparotomy for the removal of tumours. *Boston med. journ.*, 1889, CXX, p. 29.

Camelot. — De l'hyst. abd. totale pour fibromes utérines. *Nouv. Arch. de l'Obst. et de Gyn.*, p. 382, 1892.

Camescasse. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1893.

Carle. — *Congrès Internat. de Rome*, 1894.

Carstens. — Technique of vaginal hysterectomy. *Ann. J. of Gyn. and obst.*, 1892, t. XXVI, p. 918.

Caternault. — Essai sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines. *Thèse* de Strasbourg., 1866.

Chalot. — Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire, Paris, 1898.

Champneys. — Sur certains points de diagnostic de sténose cervicale. *Brit. med. jour.* London, 1885, p. 1156.

Chantreuil (G.). — Influence du cancer de l'utérus sur la conception, la grossesse et l'accouchement. Paris, 1872.

Chaput. — Du débridement de la vulve. *Journ. de méd.*, 1892, n° 5, p. 59, et n° 6, p. 72.

— Hystérectomie vagino-abdominale avec suture hermétique du péritoine. *Bull. et Mém. de la Soc. obst. de Paris*, 1894, p. 18.

Charpentier. — De la dilatation permanente de l'utérus. *Rapport à l'Acad. de méd.*, 2e série, t. XVI, n° 11.

Charrier (P.). — De la castration chez la femme comme traitement de la dysménorrhée. *Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 39.

Chase. — Remarks on the Rational treatment of uterine fibroïds. *Med. Record.*, p. 798, juin 1896.

Chénieux. — Traitement intrapéritonéale du pédicule. Association française. Congrès de Limoges, XIXe session. *Comptes rendus*, p. 611.

Christowisch. — Hystér. supravaginale. *Revue de chirurgie*, octobre 1893.

Chrobak. — Zur Extirpation uteri myomatosi abdominalis. *Centr. f. Gyn.*, p. 169 et 713, 1891.
— *Monatssch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. III, p. 177, 1896.

Churchill. — Traité pratique des maladies des femmes. Trad. fran., Paris, 1876.

Clarek. — *Congrès inter. de Moscou*, 1897.

Clarke. — Indications for total hysterectomy. *Annals of Gyn. and Ped.*, Boston, p. 803, sept. 1895.

Cocher. — De la thérapeutique conservatrice dans les inflammations pelviennes. *Thèse.* Paris, 1892.

Condamin. — De la colpotomie antérieure comme opération préalable à la restauration des grandes fistules vésico et utéro-vaginales. *Prov. méd.* Lyon, 1897, p. 75.

Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus. 3e édition, Paris, 1881.

Conzette. — Ovaire à petits kystes. *Thèse.* Paris, 1890.

Cuellar (**M.**). — Du curettage utérin dans les affections péri-utérines. *Thèse.* Paris, 1891.

Cushing. — The operative treatment of uterine fibroïds. *Ann. Gyn. and Ped. Philadelphie*, p. 699, 1893.
— The evolution in America of abdominal hysterectomy. *Ann. of Gyn. and Ped.*, Boston, p. 573, juin 1895.

Cuzzi. — Sur le lien élastique. *Stud. di obst. gynec.* Milano, 1890, p. 126.

Czerny. — Zur hyst. *Vortag ad gyn.*, section des Badener Naturforschersammlung.

Dayot (**H.**). — Contribution à l'étude de la périnéorrhaphie. *Thèse.* Paris, 1886.

Debayle. — De l'hystéropexie vaginale (opér. de Nicolétis), *Thèse*, Paris, 1890.

Decés. — Essai sur la périnéorrhaphie. *Thèse*. Paris 1893.

Delagénière (du Mans). — *Congrès de Gynécologie de Genève*, 1896 ; *Congrès de Chir.*, Paris 1893, 1895.
— *Archives prov. de Chirurg.*, p. 333 et 416, 1894; p. 493, 1895 et p. 633, 1896.

Delagénière. — *Congrès de Chir.*, Lyon, 1894, Paris 1895.

Delaunay. — *Congrès de Chir.*, Lyon, 1894, Paris 1895.

Delbet. — *Congrès de Chir.*, Paris, 1896.
— Traité de chir., t. VIII.

Delettrez. — *Congrès de Gyn. de Bruxelles*, 1893.
— *Gaz. des hôpitaux*, 1er oct. 1892 ; *Sem. Méd.*, p. 235, 1893.

Demantké. — De l'hystér. abdom. pour gros fibromes. — *Thèse* de Paris, 1897.

Demarquay et Saint-Vel. — Maladies de l'utérus, Paris, 1876.

Denucé. — Traité de l'inversion utérine, 1883.

Dupuytren. — Clinique chirurgicale, Paris, 1839, t. IV, p. 360.

Deroubaix. — Traité des fistules uro-génitales chez la femme, Bruxelles, 1870.

Desguin. — Hystér. vag. par morcellement. *Ann. Soc. méd. Anvers*, 1892.

Despréaux. — Du curettage de l'utérus, 1888.

Diock. — Hystérectomie abdominale pour fibromes. *Corresp. blatt für Schweizer arzte*, février 1887.

Dirner. — Treat. of pedic. in myotomy. *Annals of gyn.*, janvier 1898.

Diriart. — Traité des fibromes utérins par l'hyst. abd. totale. Technique de M. Routier. *Thèse* de Paris, 1897.

Doléris. — De l'endométrite et de son traitement. *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, 1887.
— *Nouv. archiv. d'obst. et de gyn.*, mai 1891, n° 5, p. 209.
— *Ibid.*, juillet 1891, n° 7, p. 378.
— *Ibid.*, août 1892, n° 8, p. 400.

Donald. — Intra-péritonéal hystérectomy. *British med. jour.*, p. 1184, 1896.

Doret. — *Congrès de chir.*, Paris, 1893.

Doyen. — *Congrès de chirurg.*, Paris, 1893, 1897, *Congrès de gyn.*, Genève 1896.

Dubar. — Pyosalpinx ouvert dans la vessie, etc. *Bul. méd du Nord.*, 1893, t. XXXII, p. 233.

Duboué. — Mémoire sur l'emploi d'un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. *Mém. de la Soc. de chir.*, 1865, p. 417.

Ducasse A. — De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1889.

Dudlay. — The surgical treatment of uterine fibro-myomata. *Jour. amer. méd. assoc.*, p. 730, août 1896.

Dumoret. — Laparo-hystéropexie dans le prolapsus. *These*, Paris, 1889.

Duncan. — Longhing fibroid removed by hysterectomy. *Trans. of the obst. soc. of London*, p. 197, juin 1895.

Duplay. — Trait. de la fistule vésico-vaginale par la suture intra-vésicale. *Ball. de l'Acad. de Méd.*, 1895, p. 585.

Duval. — De l'hystér. abd. totale pour fibromyomes utérins. *Thèse* de Paris, 1892.

Eastman. — Work in abdominal and pelvic surgery. *Indiana Méd. Jour.*, p. 219, 1890.

— *Amer. gyn. a. obst. jour.*, p. 18, juillet 1895.

Ebermaier. — Ueber Cervixhypertrophien des Uterus. *Thèse*. Wurzbourg, 1887.

Edebohls. — Notes on leven hysterectomy. *N. Y. J. Gyn. and obst.*, 1894.

Edge. — Fibromyomatous utérus removed by Doyen's method of panhysterectomy. *British. med. jour.*, p. 498, févr. 1897.

Edis. — On exploration of the uterine cavity in case of metrorrhagie. *Dit. gyn.*, J. London, 1885-1886, p. 411-429.

Edwards. — Panhysterectomy for fibroid in aged women. *The amer. jour. of obst.*, p. 361, sept. 1896.

Elliot. — Hyster. abd. totale pour fibromes. *Boston med. and surg. report.*, 20 juillet 1893.

Emmet. — La pratique des maladies des femmes, 1887. Trad. Olivier.
— Incurable vésico-vaginal fistula and new method of treatment by supra-pubic cystostomy. *Amer. j. of obst.*, mai 1895.
— The principles and pratices of gynecology. Londres, 1895.

Faivre. — Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide. *Thèse*, Paris 1890.

Fargas. — De la Intervencion chirurgica en les miomas utérinos. *Archivos de Gyn. Obstet. y Pediat*, p. 413, juillet 1893.
— *An. de Obst. Ginecopatia y pediatria*, p. 97, avril 1897.

Fauvel. — De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale. *Thèse*, Paris, 1886.

Fenomenow. — *Vratch*, 19 octobre 1895.

Finkelstein. — De l'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites. *Thèse*, Paris, 1889.

Fochier. — *Lyon med.*, août 1893. (Comm. de M. Noé Josserand.)

Follet. — Fistule vésico-utérine, nouv. procédé de cystoplastie. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 26 mai 1886, p. 445.

Fowler. — A new operation for uter. myomat. *New-York med. jour.*, p. 629, 7 juin 1890.

Fraipont. — A propos du traitement des suppurations pelviennes. *Ann. soc. med.-chir. de Liège*, 1892, t. XXVI, p. 325.

Frascani. — Inversion du moignon. *Riforma medica*, 14 septembre 1891.

Freund. — Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus. *Samml. Klin. Vortr.*, n° 133, p. 912.
— Eine neue Operation zur Schliessung gewisser Harnfisteln bein Weibe. *Samml. Klin. Vortr.*, n° 118, 1895.

Franck. — Uber die Operation complicirter. Fibro-myome der Uterus, etc. *Inaug. Dissertat.* Strasbourg, 1880.

Frarier. — Etude sur le phlegmon du ligament large. *Thèse*, Paris, 1866.

Fraisse. — Le Trait. chir. des fibromes utérins. *Archiv. de tocol.*, novembre 1895.

Fritsch. — *Vorhandl. der. internat. med. Congr. in Berlin*, p. 264, 1891.
— Die Krankheiten der Frauen, 1886.

Fristch. — Über plastische Operationen in der Scheide. *Central. für Gyn.*, 1888, p. 804.

Fürbringer. — Zur Desinfection der Hände. *Deutsche med. Woch.*, 1888, n° 48, p. 985.

Gaillard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Paris, 1879.

Gaillard-Thomas. — Traité des maladies des femmes. 1879.

Gallet. — Les fistules consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Ann. de la Soc. belge de la Chir.*, 1894.

Gentilhomme. — Hystér. abdom. *Thèse* de Paris, 1894.

Glœvecke. — *Arch. für. Gin.*, 1889, Bd. XXXV, Hft Z.

Goffe. — Opération mixte. *Amer. journ. of obst.*, New-York, 1890, p. 372.

Gomet. — L'hystér. vaginale en France. *Thèse*, Paris, 1886.

Gordon. — Trans. of the Amer. med. Assoc., 7, 8, 9, 10 janvier 1892, *Amer. journ. of obst.*

Gorodichze. — Du prolapsus de l'utérus gravide. *Thèse*, Paris, 1888.

Gosslin. — Clinique chir. de l'hôp. de la Charité. 1879.

Goullioud. — Du débridement vaginal des collections pelviennes. *Arch. prov. de chir.*, 1893, t. II, n° 7, p. 432.

— Extirpation vaginale et unilatérale de petits pyosalpinx. *Lyon méd.*, 1892, nos 5 et 6, p. 156.

Graham. — Disposition intra-péritonéale du pédicule dans l'hystérectomie sus-vaginale. *Amer. journ. of. obst.*, septembre 1892.

Grammatikati. — *Vratch*, 1881, n° 1.

Gross. — Hystér. abdom.-vaginale et hystér. abdom. totale pour fibromyomes utérins. *Sem. méd.*, n° 12, 1893.

Guermonprez. — *Académie de méd.*, 15 et 22 septembre 1891.

Guermonprez et Duval. — Société anatomo-clinique de Lille, 9 mars 1892.

Al. Guérin. — Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux-internes de la femme. Paris, 1878.

Guilleminot. — Traitement du pédicule intra-péritonéal dans l'ablation des fibromes utérins par l'hystérectomie abd *Thèse*, Paris, 1892.

Guinebertière. — *Thèse* de Paris, 1894.

Gundelach. — De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques. *Thèse*, Paris, 1887.

Gusserow. — Neubildungen des Uterus. Stuttgard, 1886.

F. Guyon. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus, 1860.

Hacher (Von). — *Wiener med. Woch.*, n° 48, 1885.

Hahusseau. — Des formations kystiques. *Thèse*, Paris, 1891.

Hall. — *The Cincinnati Lancet, Clinic*, p. 239, 1895 ; *Amer. Jour. of Obst.*, p. 809, 1892 ; *Jour. of the Americ. med. Assoc.*, p. 871, juin 1894.

Hamilton. — *New-York med. Jour.*, 17 févr. 1894, 10 cas d'hystér. sus-vag.

F. Hart et B. Barbour. — Manuel de gynécologie. Paris, 1886. Traduc. franç.

Hartmann. — De l'hystér. vag. dans le traitement des rétrodéviations utérines, *Ann. de gyn.*, 7 juin 1890.

Hegar et Kaltenbach. — Traité de gyn. opératoire. Trad. franc. par M. Bar, 1886.

Henrotin. — Vaginal hysterectomy in bilateral perinterine suppuration. *Am. J. of Obst.*, 1892, t. XXIV.

Hergott. — Extirpation de la matrice. *Ann. de gyn.*, sept. 1885.

Herzfeld. — Nouvelle méthode d'extirpation totale de l'utérus. *Centralbl. f. Gynæck.*, 14 janvier 1892.

Heydenreich. — Thérapeutique chirurgicale contemporaine, Paris, 1881.

Heywood-Smith. — Brit. med. Jour., 19 mars 1892.

Hildebrandt. — Die Krankh. der Weibl. genitalien. Stuttgart, 1877.

Hoareau. — Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé du dédoublement. *Thèse*, Paris, 1896.

Hochenegg. — Demonstration einer neuen Method der Uterus extirpation. *Wien. klin. Woch.*, 1892, p. 356-358.

Hofmeier. — Manuel de gynéc. opératoire. Trad. franç., 1889.

Homans. — *Boston med Jour.*, 7 mars 1895.

Houzel. — Fibromes et histérectomie. *Annales de gyn. et d'obst.* av. 1896.

Hubert. — Hystérectomie totale par l'abdomen. *Revue méd. belge*, 30 avril 1895.

— *Arch. de Tocol.*, oct. 1895.

Hue. — *Congrès de chir.*, Paris, 1893.

Huguier. — Mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Paris, 1860.

Hutchinson. — Enucleation of fibroide tumors. *Med. Times*, 1857.

Imlach. — *British medical*, 1885.

Iversen. — Uber Peri-Uterine Suppurationen. *Deutsch med. Woch.* 1892, t. XVIII, nos 40, 46 et 48.

Jacobs. — De l'hyst. par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Bull. de la soc. belge de gyn.*, 1891, t. II, n° 4, p. 124.

— Du traitement de salpingites. *Presse méd. belge*, 1891, p. 161.

— *Congrès de Rome*, 1894. Résultats éloignés de l'hystér. vag. dans les lésions annexielles, etc.

Jarjavay. — Des opérations appli. aux corps fibreux de l'utérus. *Thèse*. Paris, 1852.

F. Jayle. — La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. *Thèse*. Paris, 1895.

Jesset. — *The British gyn. Jour.*, p, 352, 1892 ; p. 317, novembre 1894.

— *The Provincial med. Jour.*, p. 624, déc. 1895.

— *The British med. Jour.*, 26 déc. 1896.

Jobert. — Traité de chirurgie plastique, 1849.

Johannovsky. — Du traitement rétropéritonéal du pédicule de Chroback dans l'hyst. abd. *Arch. f. gyn.*, XLIV, 2, 1892.

Jones. — *Med. Record.*, p. 260. 1895.

Jonnesco. — *Congrès de Chirurg.*, Paris, 1897.

— *Congrès internat. de Moscou*, 1897.

Jullien. — De l'intervention dans certains cas de suppurations pelviennes. *Union méd.*, 1892, p. 120.

Kaltenbach. — *Zeitroch f. geb. u. gyn.*, 1876, II, p. 186.

Kelly. — New Method of performing Hystéromyomectomy. *Amer J. of obst.*, t. XXII, p. 375, 1889.

— *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, p. 27, 1896.

— The treatment of large vesico-vaginal fistulæ. *John Hopkins Hospit. Bull.*, mars 1896.

Kessler. — *St-Petersburg med. Woch.*, 24 sept. 1894.

Kimball. — *Boston med. journ.*, 1855, p. 249.
— *Ibid.*, 1874.

Kleberg. — *Med. Woch.*, XXVI, n° 13, 1877 et n° 41, 1879. Saint-Pétersbourg.

Kœberlé. — Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne. *Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 2 et suivants, 1864.
— *Congrès de chirur.*, Paris, 1893.

Kochs et Zweifel. — Du traitement intrapéritonéal du pédicule avec abandon des pinces. Berlin. *Klin. Woch.*, 10 novembre 1891.

Krassowsky. — Saint-Péterbourg, med. Woch., n° 27, 1877.

Kreutzmann. — Total extirpation of the uterus. *Trans. Med. Soc. Calif. San-Francis.*, p. 145, 1894.

Krug. — Total extirpation vesus leaving the stump in operation for uterine fibro-myomata. *New-York Jour. gyn. a. obst.*, p. 13, 1892.
— De la méthode de Martin. *Amer. J. of obst.*, juin 1892.

Krukenberg. — Cinq cas de cancer primitif du corps de l'utérus. *Berlin. Klin. Woch.*, 4 avril 1887, p. 35.

Kuester. — *Centralb. f. gyn.*, 1884, n° 1.

Kuhn. — Sur la ligature élastique. *Corresp. blatt. f. Schweizer Arzte*, 1er décembre 1886.

Labbé (Ch.). — De l'hypertrophie totale de l'utérus. *Arch. génér. de méd.*, 1885, 7e série, t. XV.

Lafourcad. — De l'hyst. vag. dans les supp. péri-utérines. *Thèse*, Paris, 1893.

Lafoy (P.). — Étude de quelques opér. sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Thèse*, Paris, 1895.

Landau. — *Congrès de Rome*, 1894.
— Zur Technik der Abdominalen Totalextirpation des Uterus. *Centralb. f. gyn.*, n° 23, p. 689, 1897.

Lannelongue (de Bordeaux). — *Gaz. Med. de Bordeaux*, 24 juillet 1892. Hystér. abdom. totale.

Lannelongue. — Nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales. *Société de Chir.*, 5 mars 1873.

Lanphear. — *Medical. Record.*, p. 5, 1893.

Laroyenne. — De l'ablation par le vagin des annexes. *Ann. de gyn.*, 1893, t. XL, p. 5.

Laurie. — *British. med. jour.*, 27 mars 1897.

Lauro. — Traitement du pédicule utérin à la suite de la laparo-hystérectomie pour fibromes. *Riforma medica*, sept. 1893.

Lawson-Tait. — Clinical lecture on uterine myoma. *Brith. med. Jour.*, 1887, p. 292.
— Hysterectomy. *The Lancet*, 1892, p. 1422.
— Traité des maladies des ovaires. Traduction française. Paris, 1886.

Le Bec. — Suppurations pelviennes. *Gaz. méd. de Paris*, 8 octobre 1892.

Lebedeff. — *Centralb. für gyn.*, 23 novembre 1889.

Leblond. — Traité de gynécologie opératoire, 1878.

Le Dentu. — Du traitement des affections inflam. des annexes de l'utérus. *Gaz. des hôpit.*, Paris 1892, nº 25, p. 225.

Lefour. — Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. *Thèse d'agrég.*, 1888.

Le Moniet. — Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdomino-vaginale. *Thèse*. Paris, 1894.

Lennander. — Uber Abdominal Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Totalextirpation des Uterus wegen Myom. *Centralb. f. gyn.*, p. 242, 1892, et p. 831, 1893.

Léon. — Des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale ant. au point de vue de la grossesse. *Thèse*. Lyon, 1895.

Léonte. — Hystér. abd. supra-vaginale. *Revue de chir.*, 10 juin 1894.

Léopold. — De la myotomie avec pédicule intra-péritonéale. *Arch. für gyn.*, XLIII, 1892.

Le Fort.— Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier. *Thèse d'agrég.*, 1863.
— Manuel de méd. opérat. de Malgaigne, 1889.

Letousey. — De l'hystér. sus-vagin. par la voie abdom. dans le trait. des tumeurs utérines en dehors de la grossesse. *Thèse*. Paris, 1879.

Levrat. — Septicémie périt. après l'ovariotomie. *Thèse*. Paris, 1880.

Levy. — Trait. des fibromyomes de l'utérus. *Thèse* de Paris, 1895.

Lipinsky. — Deux cas de fistules vésico-vaginales guéries par l'épisiocleisis, etc. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, Paris, 1897, p. 201-207.

Lithotsky. — *Wien. Klin. Woch.*, 1891, p. 485-488.

Lœhlem. — *Deutsch. med. Woch.*, p. 1134, 1893. Quelques opérations de myomes.

Lossen. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1879, n° 14 et 15.

Luys (L.). — Des folies sympathiques consécutives aux opérations gynécologiques. *Ann. de Psychiatrie*, 1893, n° 6, p. 170.

Mac Gill. — An operation for vesico-vaginale fistula throught a supra-pubic oper. in the bladder. *Lancet*, vol. II.

Macquart-Moulin. — Des méthodes de traitements chirurgicaux applicables aux suppur. péri-inter. *Thèse*, Paris 1893.

Mackenrodt. — Die operative Behandlung grosser Blasenscheidenfisteln. Centr. f. gyn., 1894, p. 180.

Madden. — Intra-utérine thérap. *Brit. med. journ.* London, 1884, p. 1068-70.

Madec (de). — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. *Thèse*. Paris, 1887.

Malapert.—Du manuel opératoire de l'hystér. vag. *Thèse*. Paris, 1893.

Malgaine. — Manuel de Médec. opér., 1873.

Mallet. — Du débridement de la vulve. *Thèse*, Paris, 1892.

M'Ardle. — Treatement of ped., *Trans. Roy Acad. Med. Irland Dublin*, 1890.

Marque. — *Thèse*, Paris, 1892.

Martin (A.). — Traité clinique des maladies des femmes. Trad. franç., 1889,
— Congrès intern. de Rome, 1894.
— Die Totalextirpation des Myomatosen Uterus per Coeliotomiam.
— *Berlin. Klin. Woch.*, p. 625, juillet 1895.

Martin (Ch.). — Étude sur le traitement opératoire des fist. vésico-vaginales. *Thèse*, Paris, 1889.

Martineau. — Leçons sur la thérapeutique de la métrite. Paris, 1887.

Marty. — Etude historique et bibliographique sur l'hystérectomie totale pendant les années 1889-90-91. *Thèse* de Paris, 1892.

Mauclaire. — Manuel opératoire de l'hystér. vag. *Ann. de gyn.*, 1893.

Maygrier. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. *Thèse d'agrég.* Paris, 1886..

Meiner. — De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins. *Thèse*, Paris, 1883.

Meinert. — *Wien. med. Woch.*, n° 45, 1885.

Menu. — Manuel opératoire de l'hystérectomie. *Thèse* de Paris, 1893.

F. Merckel. — Laparomyomectomie. *Munch. med. Woch.*, n° 16, 1890.

J. Michaud. — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-utérines. *Thèse*, Lyon. 1896.

P. Michaut. — Traité de chirurgie, t. VII.

Mikulicz. — *Wien. med. Woch.*, n° 19, 1879.

— Ibid., n° 16, 1883.

Milliot. — Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus *Thèse*, Paris, 1875.

Milton. — Treatement of the pedicule, *The Lancet*, London, p. 1155. 1890.

Monlonguet. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, nov. 1895.

— *Congrès de chir.*, Paris, 1895.

Monod. — Deux cas d'hystér. abdom. à ligature élastique perdue. *Journal de méd. de Bordeaux*, 22 octobre 1893.

Moncnd. — Dict. Deschambre. *Fistules urinaires.*

Monprofit. — *Congrès chir.*, Paris, 1896-1897.

Morgan (**Th.**). — *The Australasian med. gaz.*, p. 69, févr. 1897.

Morison. — Operation for the cure of vesico-vaginal fistules. *Lancet*, Lond., 1896, p. 1158.

Morris. — Deux cas de laparotomie. *The Lancet*, 9 janvier 1895.

Müller. — Eine Modification der Vaginale, Totalextirpation des Utérus. *Centr. f. gyn.*, 1882, n° 6, p. 113.

Murphy. — *Amer. jour. obst.* New-York, 1884, p. 932.

Nagel. — *Central. f. gyn.*, n° 91, 1886.

Nélaton. — Soc. de Chir., 28 juillet 1897.

Nelson. — A plea for abdominal hysterectomy. *The Amer. gyn. and obst. journ.*, 520, nov. 1896.

Neugebauer. — 163 cas de fistules vésico-utérines. *Archiv fur Gyn.*, XXIX, 3.

Nitot. — Traitement du pyosalpinx, etc. *Revue méd. chir. des mal. des femmes*, 25 mars 1893, p. 147.

Noble. — *British. gyn. journ.*, p. 84, mai 1897.

Novaro. — *Bolletino de soc. méd. de Bologne*, septembre 1893.

Olshausen. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1882.
— Semaine médicale, Paris, 1887. Report internation. Congress, Washington, 1887.
— Die Krankh. der Ovarien, 1886.

Ostrom. — Abdominal hysterectomy. *New-York Med. Times*, p. 321, 1894.

Ott (D.).— Ueber die Radicalbehandlung der Fibromyom des Uterus. *Centr. f. Gyn.*, n° 26, juin 1894.

Ozenne. — Hystéropexie contre le prolapsus utérin. *Bull. Méd.*, n° 3. 1890.

Pantaloni. — *Congrès de chir. Paris*, 1891 et 1896.

Péan. — *Union méd.*, p. 874, 1869.
— *Acad. de Méd.*, 7 juin 1892.
— Les fibromes utérins. *Ann. de gyn. et d'obst.*, novembre 1895.
— *Congrès de chir. Paris*, 1893-1895-1897.
— Diagnostic et trait. des tumeurs de l'abd. et du bassin, 1895.
— Leçons de clinique chirurgicale.
— *Gaz. des hôp.*, n° 91, 6 août 1895.
— *Gazette des hôpit.*: Procédé de morcellement, 1873, p. 787, 802, 811.
— *Ibid.* Hystérectomie et Hystérotomie, 1886, p. 445.
— *Ibid.* Castration utérine et ovarienne, p. 1169.
— Ablation des petites tumeurs fibreuses enlevées par le vagin. Mémoire présenté à l'Acad. de Méd., 1883.

Péan et Udy. — Hystérectomie. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie. Paris, 1873.

Pellier. — Hystér. abdom. totale pour fibrome utérin et kyste ovarique. *France méd.*, 18 décembre 1896.

P. Petit. — De l'amputation sus-vag. du col, suivant le procédé de Schrœder. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1891, p. 97.

Piachaud (L.).— Les déviations de l'utérus, etc. *Thèse*, Paris, 1852.

Pichevin. — Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibromyomes utérins. *Gaz. des hôp.*, 18 janvier 1890.
— A propos de la castration utérine. *Méd. mod.*, 1891, p. 84 et 148.

Picqué. — Absence congénitale du vagin : opération autoplastique, création d'un conduit vaginal artificiel. *Ann. de gyn.*, février 1890, t. XXXIII.

Picqué. — Valeurs et indications de l'incision vaginale, etc. *These*. Paris, 1889.

Piedpremier. — De l'urétrocèle. *These*. Paris, 1887.

Pigeonnat. — *Thèse* de Paris, 1895.

Pinard (A.). — Traitement curatif de l'infection puerpérale. *Sem. méd.*, 1895, p. 373.

Plouvier. — *Thèse* de Lille, 1894.

Poirier. — *Congr. de chirurg. Paris*, 1896 et 25 mai 1898.

Polk. — Extirpation of the entire uterus by the supra-pubic Method. *Trans. Amer. Gynec. Soc.*, p. 215, 1892.

Porro. — Della amputazione utero-ovarica come complimento di taglio cæsareo. Milan, 1876.

Pozzi (A.) — Le traitement du cancer de l'utérus. *Thèse*. Paris, 1888.

Pozzi (S.) — Traité de gynécol., 3e édition.
— De la valeur de l'hystérectomie dans le traitement des corps fibr. de l'utérus. *Thèse d'agr.* Paris, 1875.
— Note sur la suture perdue, etc. *Congrès fr. de Chir.*, 1888, p. 515.

Price. — Abdominal hysterectomie. *The Amer. Jour. of Obst.*, novembre 1892.

Puech. — Des ovaires et de leurs anomalies. Paris, 1873.

Quénu. — *Soc. de chirurgie*. 5 juin 1895.
— De l'hystér. vagin. par section médiane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1892, t. XVIII, p. 331.

Raffray. — Des métrites, etc. *Thèse*. Paris, 1894.

Ramon. — Hystérectomie abdominale. Méthode de Péan, dans les cas de gros fibromes utérins. *Thèse*. Paris, 1893.

Reclus. — Traitement des fibromyomes utérins. *Bull. méd.*, janvier 1894.
— Trait. des supp. pelviennes, etc. *Congrès de chir.*, 1891, p. 425.

Reclus et Forgue. — Traité de thérapeutique chirurgicale.

Rémy (S.). — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. *Thèse d'agrég.* Paris, 1886.

Reuter. — Ovariotomie bei Graviditāt. *Dissert. inaug.* Iéna, 1888.

Reverdin. — Recherches sur la stérilisation du catgut. *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1888, n°s 6, 7 et 9.

— Antisepsie et asepsie chirurgicales, Paris, 1894.

Reynier. — *Soc. de chir.*, 7 juillet 1897.

Ricard. — *Soc. de chir.*, 5 juin 1895.

— *Congrès de chir.*, Paris, 1896.

— De quelques rapports anatomiques de l'artère utérine et de l'uretère à propos de l'hystérect. vaginale. *Sem. méd.*, 1887, p. 39.

— Communication faite au Congrès français de chirurgie sur le traitement des fistules vésico-vaginales. oct. 1896. *Gazette des Hôpit.*, 1896, p. 1225.

— Réunion immédiate des plaies chirurgicales de la vessie. *Gaz. des Hôpit.*, 2 mars 1889.

Richelot. — *Soc. de chir.*, 24 avril 1895.

— *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1897.

— *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, n° 2, 1897.

— Manuel opérat. de l'hystér. vaginale. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1893, t. II, p. 38.

Rizkallah. — Etude critique du traitement des salpingites et, en particulier, valeur du curettage de l'utérus dans la salpingite catarrhale. *Thèse.* Paris, 1889.

Robert. — De quelques accidents septiques dus à la présence de corps fibreux de l'utérus. *Thèse.* Paris, 1884-1885.

Robert. — Opération de la fistule vésico-vaginale pratiquée suivant la méthode améric. *Gaz. des hôpit.*, 1859, p. 1 et 5.

Rochard. — Histoire de la chir. française au XIXe siècle.

Rokitansky. — *Wiener med. Press*, 1879, n°s 22, 24 et 25.

Roland. — Du traitement des rétroversions et rétroflexions utérines adhérentes. *Thèse.* Paris, 1888.

Rose. — Ueber den plastichen Ersatz der veiblichen Harnoehre. *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, 1878, Bd. IX, p. 122.

Rosenthal (J.). — An operation for the cure of vesico-vaginal fistula by the section alta with recovery. *The amer. j. of obst. and diseases of women and children*, vol. XXVII, mars 1893.

Rose. — *Amer. jour. of obst.*, 1, 1893.

Rossmann. — *Centralb. f. gyn.*, 18 mai 1895.

Rouffart. — A propos d'un cas d'abcès pelvien traité par la laparotomie et la castration utérine. *La Clinique*. Bruxelles, 1892, p. 49.
— *Congrès périod. inter. de gyn. et d'obst.* Bruxelles, 1894, p. 135.

Routier. — *Congrès franç. de chir. Paris*, 1892, p. 228. Du traitement des suppur. pelviennes.
— *Soc. de chir.*, 5 juin 1895.
— De l'hystérectomie abdom. *Union méd.*, 16 avril 1893.

Ruggi. — Dell' isterectomia vaginale, etc. *Bull. della scienz. univ. di Bologna.* 1893, t. IV, p. 309.

Rydygier. — *Berl. Klin. Woch.*, n° 44, 1886.
— *Wien. Klin. Woch.*, n° 10, 1890.

Sænger. — Zur Technik der Amputatio Uterimyomatosi supravaginalis, intraperitoneale Abkapselung, etc. *Centr. f. gyn.*, 1886, n° 44.

Savinow. — Ein Fall von Salpingitis chronica productiva vegetans. *Arch. f. gyn.*. 1889, Bd. XXXIV.

Schauta. — Uber Myomoperationen. *Wiener med. Woch.*, 5 janv. 1895, et *Centralb. f. gyn.*, p. 318, 1895.

Scherton. — Trait. chir. des myomes utérines. *Gaz. des hôpitaux*, 1er sept. 1888.

Secheyron. — Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale, Paris, 1889.

Schrœder. — Maladies des organes génit. de la femme. Trad. franç. 1886, Bruxelles.

Schultze. — Traité des déviations utérins. Trad. franç., 1884.

Schwartz. — *Soc. de Chir.*, 22 mai 1895.
— *Soc. de Chir.*, 21 juillet 1897.
— De l'hytérectomie appliquée aux tumeurs fibreuses de l'utérus. *Rev. de chir.*, p, 125. 1883.
— *Congrès de chir.*, 1893 et 1897.

Segond. — *Congrès de chir.* Paris, 1893 et 1895.
— *Ann. de gyn. et d'obst.*, nov. 1895.
— *Congrès inter. de gyn. de Bruxelles*, 1894.
— *Soc. de chir.*, 21 juillet 1897.
— *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, n° 4, 1897.
— *Traité de chir.*, Paris, t. VIII.

Senn. — Laparo-hysterectomy, its indication on technique. *Amer Jour. of med. scient.*, sept. 1893.

Simon. — Historisches uber der operativen Verschlun der Scheidenwandungen (Kolpocleisis). *Deutsche Klin.*, 1868, n° 45, p. 405 et n° 46, p. 417.

Simpson. — Clinical lectures on diseases of women. Philadelphie, 1863.

Sims. — Uterine Surgery, Londres, 1865.

Sinéty (de). — Traité pratique de gynécologie, Paris, 1884.

Sneguireff. — 83 Falle von Myom ; Hysterectomia abdominalis nach modifizierten Doyen'schen Verfahren. *Monatsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. IV, p. 525, 1896.

Sorel. — Du traitement opératoire des fibromes utérins. *Normandie méd.*, 15 juillet 1895.

Spencer Wells. — Ovarian and uterine tumours, Londres, 1882.

Stimson. — On some modifications in the technique of abdominal surgery, limiting the use of the ligature en masse. *Med. News*, p. 93, 1889.

Stocheli. — Zur castration bei fibromyoma Uteri. *Corresp. blatt. f. Schweitzer Aertze*, 1889, n° 17 et 18.

Stone. — Hysterectomy for large tumours. *Ann. of gyn. and Pediat.*, Philadelphie, t. VII, p. 377, 1894.

Sullivan. — *Australas Med. gaz.*, nov. 1896.

Sutton. — Hysterectomy for myoma of the Uterus. *Ann. of gyn. and Pediat.*, Philadelphie, t. VII, p. 302, 1894.

Tauffer. — *Wiener med. Woch*, 1885.

Témoin. — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux. *Thèse*, Paris, 1889.

Terrier. — *Congrès de chir.*, Paris, 1896 et 1897.

Terrillon. — Salpingites et ovarites, Paris, 1891.

Terrillon et Chaput. — Asepsie et antisepsie chirurgicales, Paris, 1893.

Teynac. — De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales. *Thèse de Bordeaux*, 1895.

Thélen. — Extirpation totale de l'utérus pour myomes. *Centralb. f. Gyn.*, 28 mars 1890.

Thiersch. — *Centr. f. gyn.*, 1882.

Thiery (**P.**). — Précis d'assistance aux opérations. Paris, 1892.

Thornton. — The treatment of fibromyomata uteri. *British med. Jour.*, p. 281, 1893.

Tillaux. — Utérus kystique, hystérectomie abdominale. *Ann. de gynécologie et d'obst.*, Paris, 1889.

— Rétroflexion accidentelle et instantanée de l'utérus, etc. *Ann. de gyn.*, déc. 1889, t. XXXII.

— Traité de chirurgie clinique.

Tournay. — *Congrès de chir.*, Paris, 1897.

Toussaint. — De la dilatation permanente artificielle de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1887.

Trélat. — Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes. *Semaine méd.*, 4 juillet, 1888.

Trendelenburg. — Uber Blasenscheiden Fistelnoperationen. *Volkmann's-Samml. Klin. Woch.*, 1890, n° 355.

Trenholme. — Report of nine cases of hyst. for utero-fibroïd, new method of treating pedicle. *Canada med. recenser*, Montréal, 1889-1890.

Tuffier. — *Soc. de chir.*, 5 juin 1895.

— *Ibid.* 5 juin 1895.

— *Revue de gyn. et de chir. abdomin.*, n° 4, 1898.

Turgard. — Deux cas de salpingo-ovarite bilatérale suppurée, etc. *Ann. de la policlinique de Lille*, déc. 1894.

Tuttle — Fibroïd Tumours of the uterus, when and how to operate. *Jour. of the Amer. med. Assoc.*, p. 246, août 1896.

Vallas. — Traitement des suppurations pelviennes chez la femme. *Prov. méd.*, 1892, p. 8.

Vallin (**P.**). — Situation et prolapsus des ovaires. *Thèse*. Paris, 1887

Van de Warker. — *Amer. J. gyn.* Toledo, 1891.

Vaton. — Etude comparative des différents traitements du prolapsus utérin. *Thèse*. Bordeaux, 1890.

Vautrin. — Traitement chirurgical des myomes utérins. *Thèse d'agrég.* Paris, 1886.

Vène. — Etude sur les délires post-opératoires. *Thèse*. Paris, 1891.

Verneuil. — *Congrès de Chir. Paris*, 1893.

— Histoire et critique des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine. *Gaz. hebdom.* de 1859, p. 7, 55 et 119.

Vidal de Cassis. — Oblitération du vagin pour le traitement de la fistule vésico-vaginale. *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, 1844, t. II, p. 208.

Virchow. — Traité des tumeurs, trad. franç. Paris, 1871.

Voronoff. — Etudes de gynécologie et de chirurgie générale, Paris, 1896.

— Trêves morbides. Paris, 1893.

Vuillet. — Des méthodes d'évacuation simple appliquées au traitement des pyosalpingites et des collections liquides du pelvis. *Congrès périod. intern. de gyn. et d'obst.* Bruxelles, 1894, p. 132.

Walcher. — Die Auslosung der Narben als Method der Plastik. *Centr. fur gynæk.*, 1889, n° 1.

Wallace. — Notes on the Evolution of treatment of uterine fibroids in the Thronton ward. Liverpool Royal Infirmery. *British. med. jour.*, p. 1284, 1896.

Walthard. *Corresp. blat für Schweitzer aerzte*, 1er août 1893.

Warnek. — *Vratch*, 21 sept. 1893.

Wehmer. — La myotomie et la castration dans les fibromes. *Zeit. f. geb. und gyn.*, 1887.

Weper. — Dilatation de l'utérus. *Thèse* de Paris, 1887.

Werder. — Ligature élastique dans le traitement extrapéritonéal. *Amer. ass. of obst.*, 15 sept. 1890, p. 1269.

Werner. — *Amer. gyn. and Pediatry*, Philadelphie, 1892-1893.

West. — Leçons sur les maladies des femmes. Trad. franç. Paris, 1870.

Whyte. — Nouvelle méthode d'extirpation de l'utérus. *Pacific m. j.*, San Francisco, p. 65, 1891.

Willems (Ch.). — De la périnéotomie. *Congrès pér. intern. de gyn. et d'obst.* Bruxelles, 1894, p. 78.

Willers (G.).— Ueber die Berechtigung der Castration der Frauen zur Heilung von Neurosen und Psychosen bei intactem Sexualsystem. *Dissertation inaug.*, 1887, Fribourg.

Wilson. — Division du col dans quelques formes d'antéflexion de l'utérus avec dysménorrhée, stérilité. *Med. News.* Philad., 1886, p. 382.

Wirbel. — De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. *Thèse.* Paris, 1890-91.

Wœlfler. — *Wiener med. Woch.*, nos 25 et 49, 1885.

Wood. — *Cincinnati Lancet and Clinic.*, 15 février 1879.

Wylie. — The American system of gynaecology.

Zweifel. — Traitement du pédicule. *Berlin. Klin. Woch.*, p. 717. 27 août 1888.

— Du traitement intra-péritonéal du pédicule dans la myomectomie. *Archiv f. gyn.*, 1 et 2, XLI.

— Nouveau procédé de traitement du moignon. *Centr. f. gyn.*, 7 avril 1894.

— Die Stielbehandlung bei des Myomectomie. Stuttgard, 1888.

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

